Eina kartą per mėnesį | 1941 m. | XXII METAI

Nr. 1 | Sausio mėn. | Nr. 1

# L.T.S.R.
# MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS MOKSLO BEI PRAKTIKOS IR GYDYTOJŲ PROFESINIAMS REIKALAMS





LEIDĖJAI:
Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariatas, Kauno Universiteto Medicinos Fakultetas ir Med. Darb. Profesinė Sąjunga

Redaktorius
**Med. d-ras J. Staugaitis**

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, tel. 2-15-07

SKELBIMŲ KAINA:
80 — 100 rublių puslapiui.

PRENUMERATOS KAINA:
metams 45 rubl., pusmečiui 22,5 rubl.

**Šio numerio kaina 4 rubl.**

# TURINYS



# СОДЕРЖАНИЕ

# SOMMAIRE

# „LTSR MEDICINOS" NAUJIEJI KELIAI.

## I. „LTSR Medicinos" leidimo sąlygų pakeitimai.

*„Medicina", pasukusi nuo 1940 m. pusės savo vairą naująja socialistine kryptimi, tąja kryptimi tebebus vairuojama ir toliau. Tačiau tiek „LTSR Medicinos", tiek ir pačių med. gydytojų labui įvedami „LTSR Medicinos" leidimo sąlygose šie pakeitimai:*

*1. „LTSR MEDICINA", ėjusi iki šiol atskirais mėnesiniais sąsiuviniais 5—5½ lankų in 8°, nuo 1941 metų pradžios DVIGUBAI PADIDINAMA. Nuo šiol atskiri mėnesiniai „LTSR Medicinos" sąsiuviniai turės iki 10 lankų, t. y. iki 160 pusl. in 8°. Bus stengiamasi, kad „LTSR Medicina" ne tiek padidėjusiu savo dydžiu, kiek ypačiai pagerėjusiu savo turiniu, jei ir nevisiškai prilygtų, tai bent žymiai priartėtų prie panašių TRSR leidžiamų medicinos mokslo žurnalų.*

*„LTSR Medicina", kaip ir iki šiol, yra visų specialybių med. gydytojų organas; joje taip pat yra ir dantų gydytojams kampelis. Kaip ir anksčiau, taip ir dabar ištisi „LTSR Medicinos" numeriai galės būti skiriami atskirų medicinos mokslo specialybių straipsniams, jei tik susiras pakankamai tokių rašinių. Pvz., šitas „LTSR Medicinos" 1 num. yra užpildytas beveik vien Kauno Univ-to I-osios Chirurginės klinikos medic. personalo darbais.*

*2. Per „Medicinos" 20-ies metų gyvavimą jos bendradarbiams už šitame žurnale įdėtus straipsnius jokio honoraro nebuvo mokama, nes ligšiolinė kukli „Medicinos" sąmata nesidavė dar labiau apsunkinama naujomis gana žymiomis bendradarbių honoraro išlaidomis.*

*Nuo šių 1941 m. pradžios BUS MOKAMAS „LTSR MEDICINOS" BENDRADARBIAMS HONORARAS, skaitant IKI 200 RUBLIŲ už lanką, t. y. iki 12,5 rublių už puslapį. Iki šiol mokėtas honoraras už referatus ir klinikos bei praktikos patyrimus (po 6 lt už puslapį) dabar padidinamas IKI 10 RUBLIŲ už puslapį.*

*Nenumatoma mokėti jokio honoraro tiktai už apyskaitas ir protokolus, taip pat ir už asmeninio pobūdžio raštus.*

*Nustačius atlyginimą už „LTSR Medicinoje" įdėtus straipsnius bei kitus rašinius, šito žurnalo padėtis žymiai pasikeis į gerą. „LTSR Medicinos" bendradarbiai, gaudami atitinkamą honorarą už savo straipsnius, bus paskatinti uoliau dirbti medicinos mokslo srityje, rašant medicinos mokslo straipsnius. Reikia tikėtis, kad „LTSR Medicinai", nors ir dvigubai padidėjusiai, ne tik nepristigs medžiagos, bet jos bus iš ko pasirinkti.*

*3. Padvigubinus „LTSR Medicinos" žurnalą, padidėjus pačios Redakcijos - Administracijos išlaidoms, atsiradus nau-*





*jai žurnalo bendradarbių išlaidų pozicijai, be to, iš viso pabrangus žurnalo spausdinimui bei kitoms išlaidoms, šiais 1941 metais turės žymiai pakilti „LTSR Medicinos“ leidimo išlaidos, ir del to yra pakelta JOS PRENUMERATOS KAINA IKI 45 RUBLIŲ METAMS, ARBA 22,5 RUBLIŲ PUSMEČIUI (atskiro numerio kaina 4 rubl.). Med. studentams, med. kandidatams ir gydytojams stažistams „LTSR Medicinos“ 1941 m. kaina sumažinta ligi 15 rublių metams, o atskiro numerio kaina — ligi pusantro rublio.*

*Med. gydytojai, kurie užsisako „LTSR Mediciną“ savo žmonos (dantų gydytojos ar akušerės) vardu, turi mokėti pilną prenumeratūros kainą.*

*Visų med. gydytojų pareiga yra užsisakyti „LTSR Mediciną“. Reikia žinoti, kad, jeigu ir visi Lietuvos TSR 1200 spėjamų med. gydytojų sumokės už „LTSR Mediciną“ 1941 m. po 45 rublių, tai ir tuomet iš prenumeratos gautos pajamos tepadengs ne daugiau kaip pusę šito žurnalo išlaidų, ir kad jo leidėjams teks dar pakelti ant savo pečių žymi išlaidų našta. Tai naštai palengvinti ir kviečiami visi med. gydytojai.*

## *II. Dėl „LTSR Medicinos bendradarbiams sąlygų.*

*„LTSR Medicinos“ Redakcija turi garbę kviesti Gerbiamus Lietuvos TSR med. gydytojus uoliai bendradarbiauti šitame žurnale. Visi med. gydytojai dabar turi geros progos parodyti, kad, pasikeitus valstybinei santvarkai, Lietuvos TSR mokslinė medicina, ne tik ne smunka, bet, priešingai, dar labiau klesti, dar gyviau rūtuliuojasi, dar sparčiau žengia pirmyn.*

*Savo būsimiems bendradarbiams „LTSR Medicinos“ Redakcija STATO ŠIAS SĄLYGAS:*

*1. „LTSR Medicinai“ skiriami straipsniai ir kiti rašiniai turi būti parašyti rašomąja mašinėle vienoje lapo pusėje, paliekant iš kairės 3,5—4 cm. tuščios vietos pastaboms.*

*2. Tarp eilučių turi būti palikti tarpeliai, ne mažesni, kaip 0,6 cm. pločio, kad būtų pakankamai vietos reikalingoms pataisoms.*

*3. Ranka rašyti rankraščiai galės būti priimti tiktai tuomet, kai jie bus parašyti visiškai aiškia ir lengvai išskaitoma rašysena.*

*4. Visi kiti ranka rašyti straipsniai bei rašiniai, pripažinti tinkamais „LTSR Medicinos“ žurnalui, bus duodami perrašyti rašomąja mašinėle, prieš tai ištaisius juos kalbos bei turinio atžvilgiu. Tokiais atvejais straipsnio perrašymo mašinėle savikaina bus išskaitoma iž autoriui už tą rašinį prideramo honoraro.*

*5. Prie straipsnių turi būti pridėti trumpi to straipsnio autoreferatai rusiška ir dar viena vakarų Europos (angliška, irancūziška ar vokiška) kalba.*

*6. „LTSR Medicinos" Redakcija neatsisako priimti ir tokių straipsnių, kurie bus parašyti ne lietuviškai, bet, pvz., rusiškai, vokiškai ar lenkiškai. Šitokie straipsniai Redakcijos bus duodami gerai patikimiems vertikams išversti.*

*7. „LTSR Medicinos" Redakcija pasilieka teisę į žurnalą dėsimų rašinių kalbą taisyti ir prireikus juos trumpinti, žinoma, žiūrint, kad del to trumpinimo nė kiek nenukentėtų paties rašinio vertė.*

## *III. Dėl „LTSR Medicinos" prenumeratos mokėjimo.*

*Lietuvos TSR med. gydytojų tarpe ikišiol buvo įsivyravęs žalingas ir todėl smerktinas paprotys — „LTSR Medicinos" prenumeratą mokėti metams baigiantis ar net jiems pasibaigus. Peržiūrėjus kelerių paskutinių metų „Medicinos" kasines knygas, pastebėta, kad „Medicinos" prenumeratą per pirmuosius 9 mėnesius, t. y. nuo metų pradžios ligi spalių mėn. 1 d., sumokėdavo ne daugiau kaip ketvirtadalis visų „Medicinos" ėmėjų; o likusieji trys ketvirtadaliai ėmėjų sumokėdavo šitą prenumeratą tik metams baigiantis arba net jiems pasibaigus, ir tai tik gavę kartotinius priminimus sumokėti prenumeratą arba verčiami išsipirkti prenumeratos kvitus, išsiuntinėtus išperkamosios siuntos pašto perlaidomis. Kiekvieneriais metais ligi metų pabaigos „Medicinos" žurnalo balansas būdavo deficitinis; šitas deficitas rudeniais siekdavo net ligi 6.000 litų.*

*Šitokia netvarka yra nebepakenčiama ir toliau nebetoleruotina. Kad „LTSR Medicinos" Redakcijai - Administracijai nepristigtų lėšų spausdinamajam popieriui iš anksto užpirkti, žurnalo spausdinimo išlaidoms apmokėti, Redakcijos - Administracijos personalo atlyginimams laiku sumokėti ir įvairioms žurnalo einamosioms išlaidoms padengti, taip pat bendradarbiams prideramo honoraro sumokėjimui perdaug neužvilkinti, tenka reikalauti, kad „LTSR MEDICINOS" PRENUMERATA BŪTŲ SUMOKĖTA METŲ PRADŽIOJE UŽ VISUS METUS, ARBA PUSMEČIAIS KIEKVIENO PUSMEČIO PRADŽIOJE.*

*Šiais 1941 metais nustatoma ši „LTSR Medicinos" prenumeratos mokėjimo tvarka: prenumerata už pirmąjį pusmetį sumokėtina NE VĖLIAU KAIP LIGI Š. M. BIRŽELIO MĖN. 1 D., O UŽ ANTRĄJĮ PUSMETĮ — NE VĖLIAU KAIP LIGI Š. M. SPALIŲ MĖN. 1 D. Visiems „LTSR Medicinos" ėmėjams, nesumokėjusiems šito žurnalo prenume-*

*ratos ligi šitų galutinių terminų, tučtuojau, šitiems terminams pasibaigus, bus išsiuntinėti kvitai išperkamosios siuntos pašto perlaidomis, kurie teks išsipirkti savo pašte.*

## IV. „LTSR Medicinos" ėmėjų adresų klausimu.

*Didelių keblumų ir nesusipratimų „LTSR Medicinos" Administracijai tenka susilaukti del to, kad daugelis „LTSR Medicinos" ėmėjų, keisdami savo gyvenamąją vietą, neranda reikalo pranešti apie tai žurnalo Administracijai. Ypačiai dažnai nusikalsta šitam reikalavimui studentai medikai; taip pat praėjusiais 1940 metais nemaža sveikatos punktų gydytojų yra pakeitę savo gyvenamąsias vietas ir retas kuris iš jų praneše „LTSR Medicinos" Administracijai naująjį savo adresą. Šito žurnalo numeriai išsiųsti netikru senuoju adresu, arba kažkur užsimeta arba, geriausiu atveju, nepasiekę adresato, grįžta atgal į žurnalo Administraciją.*

*Taigi, visi „LTSR MEDICINOS" ĖMĖJAI, PAKEITĘ GYVENAMĄJĄ VIETĄ, PRIVALO TUČTUOJAU PRANEŠTI APIE TAI „LTSR MEDICINOS" ŽURNALO ADMINISTRACIJAI.*

*„LTSR Medicinos" ėmėjai, negavę kai kurių žurnalo numerių, kreipiasi į Administraciją, reikalaudami nemokamai išsiųsti jiems stingamus numerius. Taip pat neretai del blogos tvarkos dingsta „Medicinos" atskiri numeriai įstaigose (klinikose, ligoninėse) ir paskui nieko nedėtai Administracijai tenka nemokamai papildinėti jų komplektai stingamais numeriais.*

*„LTSR Medicinos" Administracija yra nusistačiusi siųsti arba duoti stingamus numerius nemokamai tik tais atvejais, kai apie jų negavimą bus pranešta tučtuojau po kito numerio išėjimo.*

## V. Del „LTSR Medicinos" vėlavimosi.

*„LTSR Medicinos" 1941 m. 2 nr. jau baigiamas laužyti ir išeis ne vėliau kaip po 2 savaičių.*

*„LTSR Medicinos" 1941 m. 3-iojo numerio straipsniai jau renkami; šitas numeris, reikia manyti, bus baigtas ne vėliau kaip gegužės mėnesio pabaigoje.*

*„LTSR Medicinos" Redakcija - Administracija stengsis, kiek nuo jos pareis, praleistą laiką išlyginti, kad šitas žurnalas toliau eitų punktualiau.*

## VI. Del „LTSR Medicinos" atspaudų.

*„LTSR Medicinoje" įdėtų straipsnių atspaudai bus daromi tik tiems bendradarbiams, kurie iš anksto jų bus pareikalavę, ir tai tik už atskirą primokėjimą.*

„LTSR Medicinos"
Redakcija – Administracija

L. T. R. S.

# MEDICINA

žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

| XXII met. | 1941 m. sausio mėn. | Nr. 1 |
|---|---|---|

*Prof. med. dr. V. Kuzma,*
Chir. katedros ir I Chir. klinikos vedėjas.

## Naują barą pradėjus Kauno Un-to I-ojoje Chirurginėje klinikoje.

### I-osios Chirurginės klinikos darbo pradžia naujose būstinėse.

Kauno Un-to I-osios Chirurginės klinikos naujose būstinėse įsikūrimas sutampa su LTSR įsikūrimu. Nuo istorinės 1940. VI. 15 d. mūsų klinika pradėjo kraustytis iš senos Valst. Kauno ligoninės į naujas būstines. 1940. VI. 31 d. jau buvo atkelta į naujas klinikų būstines 18 stacionarinių chirurginių ligonių.

Aplinkybėms susidėjus I-oji Chirurginė klinika, lygiai kaip ir visos kitos K. Un-to klinikos, persikėlusios į naujas būstines, pradėjo dirbti darbą dar neįrengtose būstinėse. Ir iki šiol I-oji Chirurginė klinika iš turimų trijų operacinių kambarių blokų, kurių kiekviename yra po du operacinius kambarius, dar neturi nei vieno visiškai įrengto operacinio kambario, kuriame jau galima būtų operuoti ligoniai. Todėl visas 1940 m. antros pusės operacijų darbas buvo atliekamas tik ambulatorijos operaciniuose kambariuose, nepatogiomis sąlygomis.

**I-sios Chirurginės klinikos ambulatorija** pradėjo veikti 1940 m. VII. 3 d. Iki 1941 m. pradžios, t. y. per visą 1940 m. 2-ą pusmetį ambulatorijoje apsilankė 3.290 ligonių, kuriems buvo atlikta 3.456 atskiri veiksmai bei patarimai, kaip matyti iš pridedamos 1-osios lentelės (žiūr. 1 lent.).

Iš pridėtos 1-osios lentelės matyti, kad iš tų ambulatorijoje apsilankiusių ligonių čia pat buvo priimta stacionariniam gydymui į Chirurginę kliniką 519 asmenų. 595 ligoniai, reikalingi stacionarinio gydymo, nebuvo priimti arba del vietos stokos, arba del įvairių aplinkybių bei priežasčių patiems nesutikus stacionariškai gydytis. Visi kiti ambulatorijoje apsilankę ligoniai arba buvo gydyti ambulatoriškai, arba gavo patarimus bei pamokymus gydytis namie. Ypač sunki buvo pradžia, kad ir ambulatoriškam gydymui, kada neturėta nei laboratorijos, nei bent vieno rentgeno aparato. Tik rugpjūčio mėn. I-oji Chirur-



ginė klinika įsitaisė vieną portatyvinį rentgeno aparatą, kuriuo naudojosi beveik iki 1940 m. 2-o pusmečio pabaigos, kol pristigo filmų bei plokštelių.

1-oji lentelė.

**Per 1940 m. antrą pusmetį ambulatoriškai priimtų ligonių ir padarytų chirurgiškų intervencijų sąrašas.**

| 1940 m. II pusm. mėnesiai | Priimta į Chirur. klini-ką stacionar. gydymui | Nustatyta stacionarinio chirurgiško gydymo reikalingumas | Ambulatorinės chirurgiškos intervencijos | | | Pirminiai tvarstymai | Kartotiniai tvarstymai | Gipso tvarčiai | Patarta bei pamokyta gydytis namie | Rentgenolog. tyrimai |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Įvairios operacijos | Incizijos | Biopsijos | | | | | |
| VII .. | 105 | 94 | 26 | 14 | 17 | 31 | 17 | 25 | 112 | — |
| VIII .. | 109 | 146 | 16 | 24 | 11 | 59 | 88 | 146 | 164 | 25 |
| IX .. | 44 | 100 | 12 | 20 | 10 | 43 | 67 | 100 | 106 | 10 |
| X .. | 40 | 111 | 18 | 17 | 14 | 46 | 68 | 111 | 102 | 11 |
| XI .. | 121 | 93 | 22 | 7 | 5 | 29 | 106 | 57 | 154 | 13 |
| XII .. | 100 | 51 | 18 | 10 | 6 | 13 | 85 | 17 | 84 | 16 |
| Iš viso per 1940 m. 2-ą pusm. .. | 519 | 595 | 102 | 92 | 63 | 221 | 431 | 556 | 722 | 75 |

**I-oji Chirurginė klinika 1940 m. 2-me pusmetyje turėjo stacionariniam gydymui lovų:** asepsiniame skyriuje — 25 moterims ir 25 vyrams; sepsiniame skyriuje — 18 vyrų ir 8 vaikams - berniukams, 19 moterų ir 8 vaikams - mergaitėms; ortopediniame skyriuje — 12 vyrų ir 11 moterų kartu su vaikais. Iš viso Chirurginėje klinikoje buvo 126 lovos. Be to, onkologiniame - radiologiniame skyriuje, naudojamame kartu su kitomis klinikomis, buvo 20 lovų.

1940 m. 2-me pusmetyje stacionariškai gydėsi iš viso 1.251 ligonis, iš kurių 95 pasiliko dar gydytis 1941 metais.

Visi ligoniai 1940 m. 2-me pusmetyje išgulėjo 21.757 dienas; tuo būdu vienam ligoniui tenka 17,9 d. Kai kurie iš jų yra išgulėję maximum 182 d. 1940 m. 2-me pusmetyje ir dar pasilikę toliau 1941 metams, užimdami klinikos lovas savo būstinėse kaip nuolatines ir tuo labai skriausdami ligonius, kuriems būti-

nas chirurginės klinikos gydymas, bet negalinčius patekti į kliniką del asmenų be jokio reikalo užimančių lovas.

Kad geriau susipažintų skaitytojai su I-osios Chirurginės klinikos 1940 m. 2-o pusmečio darbu, duosime alfabetine tvarka ligų pavadinimus ir gydymo būdus skaičiais. Prie skaičių padėti kryžiukai rodo mirusiųjų kiekį.

2-oji lentelė.

**Ligų pavadinimai ir gydymo būdai.**

| Diagnozė | Lytis | Operacijos pavadinimas | Operuotųjų skaičius | Neoperuotųjų skaičius | Tvarstymai gipsu | Vietinė bei pravedamoji anestezija | Bendrinė narkozė | Iš viso |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Abruptio epicondyli med. femoris dextri | vyr. | | 1 | — | 1 | — | — | 1 |
| Abruptio lig. collat. med. | vyr. | | 1 | — | 1 | — | — | 1 |
| Abscessus Brodie*) | mot. | Trepanatio tibiae, plomba. | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Abscessus frigidus | mot. | Punkcija. | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Abscesai įvairiose kūno dalyse | vyr. | | 9 | 2 | — | 4 | 5 | 11 |
| | mot. | Incisio, drenavimas. | 4 | — | — | 4 | — | 4 |
| | vaik. | | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Abscessus paranephriticus | vyr. | Incisio (juosmens pjūvis), drenavimas. | 2 | — | — | 2 | — | 2 |
| Abscessus paravertebralis (mediastinitis posterior) | vyr. | Incisio, drenavimas. | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Abscessus pulmonis | vyr. | Resectio costae, drenavimas. | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Abscessus subdiaphragmaticus | vyr. | Incisio, drenavimas. | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Actinomycosis costae | mot. | Incisio, excochleatio. | 1 | — | — | — | 1 | 1 |

*) Žiūr. gyd. I. Fridmano straipsnį, įdėtą šiame numeryje.

| Diagnozė | Lytis | Operacijos pavadinimas | Operuotųjų skaičius | Neoperuotųjų skaičius | Tvarstymai gipsu | Vietinė bei pravedamoji anestezija | Bendrinė narkozė | Iš viso |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Adenocarcinoma gl. thyreoideae | vyr. | Exstirpatio totalis. | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Aerophagia gravis | mot. | Sondus à demeure. | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Amyloidosis cutis faciei | mot. | Plastinė veido operacija. | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Ankylosis genu | vyr. | Mobilisatio, | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| | mot. | plastica. | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Anus praeternaturalis abdominalis | vyr. | Dirbtinis sfinkteris. | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Appendicitis acuta | vyr. | | 28 | 5 | — | 21 | 7 | 33 |
| | mot. | Appendectomia. | 29 | 9 | — | 26 | 3 | 38 |
| | vaik. | | 4 | 4 | — | 2 | 2 | 8 |
| Appendicitis ac. perforativa | vyr. | „ | 7 | 1 | — | 1 | 6 | 8 |
| | mot. | „ | 2 | 1 | — | 1 | 1 | 3 |
| | vaik. | „ | 1 | 2 | — | 2 | 1 | 3 |
| Appendicitis chronica | vyr. | „ | 28 | 2 | — | 22 | 6 | 30 |
| | mot. | „ | 75 | 5 | — | 69 | 6 | 80 |
| | vaik. | „ | 2 | 1 | — | — | 2 | 3 |
| Appendicitis subacuta | vyr. | „ | 23 | 3 | — | 20 | ·3 | 26 |
| | mot. | „ | 23 | — | — | 21 | 2 | 23 |
| | vaik. | „ | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Arthritis deformans coxae | mot. | Resectio coxae | 1 | — | 1 | — | 1 | 1 |
| Atresia ani | vaik. | Plastinė anus oper. | 2 | — | — | — | 2 | 2 |
| Bursitis achillea anterior chr. | mot. | Exstirpatio bursae | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Bursitis fossae poplitae | vyr. | Exstirpatio | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| | vaik. | bursae | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Bursitis subdeltoidea | vyr. | Exstirpatio | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Ca coeci | mot. | Resectio ileocoecalis. | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Ca faciei | mot. | Plastinė operacija | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Ca labii inferioris | vyr. | Plastinė operacija | 9 | — | — | 9 | — | 9 |
| | mot. | | 3 | — | — | 3 | — | 3 |
| Ca labii superioris | vyr. | „ | 1 | — | — | 1 | — | 1 |

| Diagnozė | Lytis | Operacijos pavadinimas | Operuotųjų skaičius | Neoperuotųjų skaičius | Tvarstymai gipsu | Vietinė bei pravedamoji anestezija | Bendrinė narkozė | Iš viso |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ca mammae | mot. | Amputatio mammae modo Verebely. | 4 | 2 | — | — | 4 | 6 |
| Ca nasi | vyr. | Plastinė operacija | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Ca part. cervicalis oesophagi*) | mot. | Exstirpatio Ca et plastica oesophagi | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Ca ovarii | mot. | Perkelta į Ginekol. kliniką. | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Ca pancreatis et omenti | mot. | Laparotomia probatoria. | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Ca prostatae | vyr. | Prostatectomia c. resectione vesicae urinar. | 1+ | — | — | 1 | 1 | 2 |
| Ca recti | vyr. | Resectio recti perinealis mod. | 1+ | — | — | 2 | — | 2 |
| | mot. | Kuzma | ++ 2+ + | 1 | — | 3 | 1 | 4 |
| Ca uteri | mot. | Perkelta į Ginekol. kliniką. | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Ca ventriculi radic. inoperabile | vyr. | Gastroentero- | 6 | 3 | 2 | 4 | — | 9 |
| | mot. | anastomosis. | 4 | 5 | — | 2 | 2 | 9 |
| " | mot. | Gastrostomia | 3 | — | — | 2 | 1 | 3 |
| " | vyr. | Jejunostomia | 1+ | — | — | 1 | 1 | 2 |
| | mot. | " | + | — | — | 1 | — | 1 |
| " | vyr. | Laparotomia | 2 | — | — | 2 | — | 2 |
| | mot. | probatoria | 4 | — | — | 3 | 1 | 4 |
| Ca ventriculi radic. operabile | vyr. | Resectio ventriculi modo | 16+ + | — | — | 12 | 6 | 18 |
| | mot. | Kuzma. | 13 | — | — | 10 | 3 | 13 |
| " | vyr. | Resectio ventriculi modo Krönleini - Polya - Reichel - Hof- | 3+ | — | — | — | 3 | 4 |
| | mot. | meister | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Ca vesicae urin. . | vyr. | Exstirpatio ves. urin. total. | — | — | — | 1 | — | 1 |

*) Žiūr. gyd. J. Jociaus straipsnį, įdėtą šiame numeryje.

| Diagnozė | Lytis | Operacijos pavadinimas | Operuotųjų skaičius | Neoperuotųjų skaičius | Tvarstymai gipsu | Vietinė bei pravedamoji anestezija | Bendrinė narkozė | Iš viso |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ca vulvae | mot. | Resectio labii maj. | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Caries costae | vyr. | Resectio costae | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Cheyloschisis | vaik. | Plastinė operacija | 3 | — | — | 2 | 1 | 3 |
| Cholelithiasis | mot. | Cholecysto - gastro - s. duodenostomia | 9 | — | — | — | 9 | 9 |
| | mot. | Cholecystectomia | 3 | — | — | — | 3 | 3 |
| Chondroma lymphoglandulare retropharingeale | vyr. | Exstirpatio | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Cicatrix reg. axillaris | vyr. | Transplantatio cutis | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| | mot. | | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Commotio cerebri | vyr. | Konservatyvus gydymas | — | 6 | — | — | — | 6 |
| | mot. | | — | 4 | — | — | — | 4 |
| Congelatio | vyr. | „ | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Contusio corporis | vyr. | „ | — | 17 | — | — | — | 17 |
| | mot. | „ | — | 15 | — | — | — | 15 |
| | vaik. | „ | — | 3 | — | — | — | 3 |
| Coprostasis c. ileo | vyr. | Sigmotomia et sigmoraphia. | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Corpus alienum | vyr. | Débridement | 2 | — | — | — | 2 | 2 |
| | mot. | „ | 2 | — | — | — | 2 | 2 |
| | vaik. | „ | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Coxitis tbc. | vyr. | Resectio coxae | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| | mot. | „ | 6 | 2 | — | — | 6 | 8 |
| Coxitis tbc. | vyr. | „ | — | — | 2 | — | 2 | 2 |
| | mot. | „ | — | — | 4 | — | 4 | 4 |
| Cryptorchismus | vaik. | Gydymas hormonais | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Cysta arachnoid. | vyr. | Trepanatio cranii et exstirpatio cystae | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Cysta intraligamentosa uteri | mot. | Exstirpatio | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Cystis renis | mot. | Nephrectomia | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Decubitus multiplex | mot. | | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Duodenitis | vyr. | | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Ectopia vesicae urin. | vaik. | Plastinė oper. m. Czerny - Eiselsberg. | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Empyema (thoracis) pleurae | vyr. | Resectio costae, Bülau'o drenavimas | 2 | 1 | — | 2 | — | 3 |
| | mot. | „ | 1 | 1 | — | 1 | — | 2 |

| Diagnozė | Lytis | Operacijos pavadinimas | Operuotųjų skaičius | Neoperuotųjų skaičius | Tvarstymai gipsu | Vietinė bei pravedamoji anestezija | Bendrinė narkozė | Iš viso |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Empyema vesicae felleae | mot. | Cholecystectomia | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Endarteriitis obliterans pedis dextr. | vyr. | Konservatyvus gydymas (inject. tutocaini in gl. thyreoid.) | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Epididymitis tbc. | vyr. | Epididymectomia | 4 | 1 | — | 4 | — | 5 |
| Epilepsia | mot. | Konservatyvus gydymas (encephalographia) | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Exostosis claviculae dextrae | vyr. | Exstirpatio | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| | mot. | exostosis. | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Fistula ani | vyr. | Incisio, injectio novogani | 1 | 1 | — | 1 | — | 2 |
| | mot. | „ | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Status post fistulas stercorales | mot. | Laparotomia et amotio bride péricolique | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Fractura antibrachii | vyr. | | — | — | 1 | 1 | — | 1 |
| | vyr. | | 1 | — | 1 | — | 1 | 1 |
| | mot. | Osteosynthesis | — | — | 2 | — | — | 2 |
| Fractura claviculae | vyr. | „ | 1 | 4 | — | 1 | — | 5 |
| | mot. | „ | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Fractura ossis coccygis | mot. | Amputatio ossis coccygis. | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Fractura costarum | vyr. | | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Fractura cranii | vyr. | | 2 | 7 | — | 1 | — | 9 |
| | mot. | Débridement | — | 2 | — | — | — | 2 |
| Fractura cruris | vyr. | Osteosynthesis | 6 | 2 | 6 | — | 6 | 8 |
| | mot. | „ | 2 | — | 2 | — | 2 | 2 |
| | vaik. | „ | 1 | — | 1 | — | 1 | 1 |
| „ „ | vyr. | „ | — | 17 | 16+ | — | 17 | 17 |
| | mot. | „ | — | — | 7 | 4 | 3 | 7 |
| | vaik. | „ | — | 2 | 2 | — | — | — |
| Fractura femoris | vyr. | „ | 2 | — | 2 | — | 2 | 2 |
| | mot. | „ | 1 | — | 1 | — | 1 | 1 |

| Diagnozė | Lytis | Operacijos pavadinimas | Operuotųjų skaičius | Neoperuotųjų skaičius | Tvarstymai gipsu | Vietinė bei pravedamoji anestezija | Bendrinė narkozė | Iš viso |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fractura femoris | vyr. | Osteosynthesis | — | 3 | 3 | — | 3 | 3 |
| | mot. | ,, | — | 5 | 5 | — | 5 | 5 |
| ,, ,, | vyr. | Extensio m. Kirschneri | 3 | — | — | 3 | — | 3 |
| Fractura colli femoris | vyr. | Inclusio spinae oss. libr. | 1 | 1 | 2 | — | 2 | 2 |
| | mot. | ,, | 2 | 1 | 3 | — | 3 | 3 |
| Fractura femoris dextri male sanata | vyr. | Osteosynthesis plastica | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Fractura fibulae | vyr. | | — | 4 | 4 | — | 2 | 4 |
| Fractura humeri | vyr. | | — | 4 | 4 | — | 2 | 4 |
| | mot. | Osteosynthesis | — | 2 | 1 | — | 1 | 2 |
| | vaik. | ,, | — | 2 | 2 | — | 1 | 2 |
| Fractura ossis ilei | vyr. | | — | 2 | — | — | — | 2 |
| Fractura mandibulae | vyr. | | — | 3šin. | 2 | 1 | — | 5 |
| Fractura olecrani | vyr. | Osteosynthesis | 1 | — | 1 | — | 1 | 1 |
| Fractura patellae | vyr. | | — | 3 | 3 | — | — | 3 |
| Fractura radii | vyr. | ,, | — | 1 | 1 | — | — | 1 |
| | mot. | ,, | — | 1 | 1 | — | — | 1 |
| Fractura ossium tarsi | vyr. | ,, | — | 1 | 1 | — | — | 1 |
| Fractura vertebrae | vyr. | | — | 3 | 1 | — | — | 3 |
| | mot. | | — | 2 | 1 | — | — | 3 |
| Funiculitis | vyr. | Excisio funiculi sperm. | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Furunculus | vaik. | Incisiones | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Gangraena senilis extremitatis inferioris | vyr. | Amputatio | 3 | 2 | 3 | — | 3 | 5 |
| Gastritis | vyr. | Konservatyvus gydymas | — | 5 | — | — | — | 5 |
| | mot. | ,, | — | 2 | — | — | — | 2 |
| Gnatopalatoschisis | vaik. | Plastinė operac. | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Gonitis gonorrh. | mot. | Plastica genu et mobilisatio. | 2 | — | 2 | — | 2 | 2 |
| Gonitis tbc. | vyr. | Resectio genu | 6 | 4 | — | — | 6 | 10 |
| | mot. | ,, | 3 | 2 | 3 | — | 3 | 3 |
| Haemangioma manus | mot. | Excisio | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Hallux valgus | mot. | Osteotomia m. Ludloffi (mod. Kuzma) | 1 | — | 1 | — | 1 | 1 |

| Diagnozė | Lytis | Operacijos pavadinimas | Operuotųjų skaičius | Neoperuotųjų skaičius | Tvarstymai gipsu | Vietinė bei pravedamoji anestezija | Bendrinė narkozė | Iš viso |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Helmintiasis | vaik. | | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Hepatorenoptosis*) | mot. | Hepatorenopexia | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Hernia epigastrica | mot. | Operatio radic. | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Hernia femoralis | mot. | Operatio radicalis modo Prokunini | 5+ | — | — | 5 | 1 | 6 |
| Hernia incarcerata | vyr. | Operatio radicalis modo Bassini | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| | mot. | „ | 4 | — | — | 2 | 2 | 4 |
| Hernia inguinalis | vyr. | Operatio radicalis modo Bassini | 42 | 3 | — | 38 | 4 | 45 |
| | mot. | „ | 8 | — | — | 7 | 1 | 8 |
| | vaik. | „ | 4 | — | — | — | 4 | 4 |
| Hernia trig. Petiti | vyr. | Operatio radicalis. | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Hernia scrotalis | vyr. | „ | 3 | — | — | 3 | — | 3 |
| Hernia umbilicalis | vyr. | Operatio radicalis modo Menge | — | 1 | — | — | — | 1 |
| | mot. | „ | 5 | — | — | 5 | — | 5 |
| Hydrocele | vyr. | Oper. Winkelmanni | 4 | — | — | 2 | 2 | 4 |
| | vaik. | „ | 3 | — | — | — | 3 | 3 |
| Hydronephrosis | vyr. | Nephrectomia | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Hydrops genu | mot. | Punctio | — | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Hygroma praepatell. | mot. | Exstirpatio | 2 | — | — | 2 | — | 2 |
| Hypernephroma metastaticum humeri dextri**) | mot. | Exarticulatio humeri dextri | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Hypertrophia prostatae | vyr. | Prostatectomia | 4+ | 1+ | — | 5 | 1 | 7 |
| Hypospadia | vyr. | Oper. Beck-Kuzma | 2 | 1 | — | — | 2 | 3 |
| | vaik. | „ | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Ileus post operation. | vyr. | Ileotransversostomia | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| | mot. | „ | 1 | 1 | — | — | 1 | 2 |

*) Žiūr. gyd. S. Matusevičiaus straipsnį, įdėtą šiame numeryje.
**) Žiūr. gyd. Ip. Čiburo straipsnį, įdėtą šiame numeryje.

| Diagnozė | Lytis | Operacijos pavadinimas | Operuotųjų skaičius | Neoperuotųjų skaičius | Tvarstymai gipsu | Vietinė bei pravedamoji anestezija | Bendrinė narkozė | Iš viso |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Infractio cranii | vyr. | Sutura | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Intoxicat. aliment. | vyr. | Perkelta į vid. kl. | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Ischias | vyr. | Injekt. ol. camph. in hiat. sacr. m. Kuzma | — | 2 | — | — | — | 2 |
| Leyomyoma genu sin. | mot. | Exstirpatio | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Lipoma | vyr. | „ | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Lues | vyr. | Perkelta į Veneros ligų kliniką | — | 1 | — | — | — | 1 |
| | mot. | „ | — | 2 | — | — | — | 2 |
| Luxatio coxae congen. | vyr. | Repositio | 1 | 1 | 2 | — | 2 | 2 |
| | vaik. | „ | — | 1 | 1 | — | 1 | 1 |
| Luxatio coxae congen. | mot. | Operatio m. Zahradníček | 1 | — | 1 | — | 1 | 1 |
| | vaik. | Repositio m. Lorenz | — | 1 | 1 | — | 1 | 1 |
| Luxatio cubiti | vyr. | Repositio | 1 | — | 1 | — | 1 | 1 |
| | vaik. | „ | — | 1 | 1 | — | 1 | 1 |
| Luxatio genu*) | vyr. | „ | — | 1 | 1 | — | 1 | 1 |
| | mot. | „ | — | 1 | 1 | — | 1 | 1 |
| Luxatio humeri | vyr. | Repositio, f. Desaulti | — | 1 | — | — | 1 | 1 |
| Luxatio menisci medialis genu dextri | vyr. | Exstirpatio menisci | 1 | — | 1 | — | 1 | 1 |
| Lymphadenitis colli (tbc.) | vyr. | | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Lymphangoitis extremit. inferioris | vyr. | Konservatyvus gydymas | — | 2 | — | — | — | 2 |
| | mot. | „ | — | 1 | — | — | — | 2 |
| | vaik. | „ | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Megacolon (m. Hirschprungii) | mot. | Laparotomia et resectio intest. crassi | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Meningitis traumatica | vyr. | Konservatyvus gydymas | — | 3 | — | — | — | 3 |
| Meningocele | vyr. | Exstirpatio totalis. Osteoplastica | 1 | — | — | — | 1 | 1 |

*) Žiūr. gyd. J. Vaitoškos straipsnį, įdėtą šiame „LTSR Medicinos" numeryje.

| Diagnozė | Lytis | Operacijos pavadinimas | Operuotųjų skaičius | Neoperuotųjų skaičius | Tvarstymai gipsu | Vietinė bei pravedamoji anestezija | Bendrinė narkozė | Iš viso |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Microstomia | vyr. | Cheiloplastica | 1 | — | 1 | 1 | — | 1 |
| Morbus Osgood- | | | 1 | — | 1 | 1 | — | 1 |
| Schlatter*) | vyr. | ,, | 1 | — | 1 | 1 | — | 1 |
| Nephrolithiasis | vyr. | Nephrotomia | 1 | 6 | — | — | — | 7 |
| | mot. | ,, | — | 6 | — | — | — | 6 |
| | vaik. | ,, | 3 | — | — | — | 3 | 3 |
| Nephrosis | vyr. | ,, | — | 1 | — | — | — | 1 |
| | mot. | ,, | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Neuroma n. inguinalis | mot. | Excisio et sutura nervi | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Neuroma n. ulnaris | mot. | Excisio et sutura nervi | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Osteomyelitis extr. inferioris | vyr. | Sequestrotomia | 10 | — | — | — | 10 | 10 |
| | mot. | ,, | 12+ | — | 1 | — | 12 | 12 |
| | vaik. | ,, | 2 | — | 1 | — | 2 | 2 |
| ,, | vyr. | Operatio Pyrogovi | 1 | — | 1 | — | 1 | 1 |
| Osteomyelitis extremitatis superioris | vyr. | Sequestrotomia | 5 | — | — | 1 | 4 | 5 |
| | mot. | ,, | 5 | — | 1 | — | 5 | 5 |
| | vaik. | ,, | 2 | — | 1 | — | 2 | 2 |
| Osteomyelitis maxillae sinistrae | mot. | Operatio Caldwell-Luc. | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Ostitis fibrosa cystica | mot. | Rentgenoterapia | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Palatoschisis | vaik. | Palatoplastica | 2 | — | — | 2 | — | 2 |
| Paralysis n. peronei | mot. | Electrisatio etc. | — | 1 | 1 | — | 1 | 1 |
| Paralysis n. radialis | vyr. | Neurolysis | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Paraplegia extremit. inf. | vyr. | Laminectomia | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Peritonitis adhaes. | vaik. | | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Peritonitis tbc. | mot. | Laparotomia | 2 | — | — | — | 2 | 2 |
| Perityphlitis | mot. | ,, | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Pes planus | mot. | Redressement | — | 2 | 2 | — | 2 | 2 |
| Pes varus | vaik. | Tarsectomia m. Wilms | 3 | — | 3 | — | 3 | 3 |
| Phlegmone | vyr. | Incisio | 13 | 5 | — | 13 | — | 18 |
| | mot. | ,, | 5 | 2+ | — | 3 | 2 | 8 |
| | vaik. | ,, | 3 | — | — | 1 | 2 | 3 |
| Pneumonia crouposa | vyr. | Perkelta į Vid. ligų kliniką | — | 1 | — | — | — | 1 |

*) Žiūr. gyd. V. Paprocko straipsnį, įdėtą šiame numeryje.

| Diagnozė | Lytis | Operacijos pavadinimas | Operuotųjų skaičius | Neoperuotųjų skaičius | Tvarstymai gipsu | Vietinė bei pravedamoji anestezija | Bendrinė narkozė | Iš viso |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Prolapsus recti | mot. | Sphinctero-raphia | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Pyelitis colibacillaris | mot. | Vaccinoterapia | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Ruptura intestinorum | vyr. | Laparotomia et sutura intest. | 2 | — | — | 2 | — | 2 |
| Ruptura menisci med. | vyr. | Exstirpatio menisci | 1 | — | 1 | — | 1 | 1 |
| | mot. | „ | 1 | — | 3 | — | 1 | 3 |
| Ruptura lig. patellaris | vyr. | Sutura lig. patell. | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Ruptura vesicae urinariae | vyr. | Laparotomia et sutura vesic. urin. | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Sarcoma extrem. inferior. | mot. | Amputatio m. Gritti | 3 | — | — | — | 3 | 3 |
| Sarcoma maxillae | mot. | Resectio maxillae | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Sarcoma omenti | vyr. | Rentgenoterapia | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Sacralgia | vyr. | Inject. sacralis ol. camph. | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Sepsis | vyr. | Konservatyvus gydymas | 1 | 1 | — | — | 1 | 1 |
| | mot. | | 2 | + | — | — | 2 | 3 |
| Spondylarthrosis | mot. | „ | — | 1 | 1 | — | — | 1 |
| Spondylitis tbc. | vyr. | Operatio m. Albée | 1 | 2 | — | — | 1 | 3 |
| | mot. | „ | 1 | 1 | — | 1 | — | 2 |
| Status post arthrotomiam | vyr. | Transplant. tendinis | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Status post gastroenteroanastomosem | vyr. | Laparotomia. abolitio gastroenteroanastomiae | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Status post nephrectomiam. Uraemia. | mot. | | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Stenosis oesophagi. Inanitio | mot. | Gastrostomia | 1 | 1 | — | — | 1 | 2 |

| Diagnozė | Lytis | Operacijos pavadinimas | Operuotųjų skaičius | Neoperuotųjų skaičius | Tvarstymai gipsu | Vietinė bei pravedamoji anestezija | Bendrinė narkozė | Iš viso |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Stenosis pylori ex ulcere duodeni | vyr. | Resectio ventriculi modo Kuzma | 6 | 2 | — | 6 | — | 8 |
| | mot. | „ | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Strangulatio intest. | mot. | Laparotomia | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Strictura laryngis post combustionem | mot. | | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Struma | vyr. | Strumectomia | 7 | — | — | 7 | — | 7 |
| | mot. | „ | 24 | 1 | — | 24 | — | 25 |
| Torticollis (caput obstipum) | vaik. | Myotomia m. sternocleidomastoidei. Redresatio | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Tbc. articul. humeri | vyr. | Resectio humeri | 1 | — | 1 | — | 1 | 1 |
| Tbc. carpi | vyr. | Resectio carpi | 1 | — | 1 | — | 1 | 1 |
| Tbc. cruris | vyr. | Immobilisatio | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Tbc. cubiti | mot. | Resectio cubiti | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| | vaik. | „ | — | 1 | 1 | — | 1 | 1 |
| Tbc. pulmonum | mot. | N. phrenicus disloc. modo Kuzma | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Tbc. renis | vyr. | Nephrectomia | 2 | 1 | — | — | 2 | 3 |
| | mot. | „ | 6 | — | — | — | 6 | 6 |
| Tumor abdominis | vyr. | Exstirpatio | 1 | 2 | — | — | — | 2 |
| | | tumoris | — | — | — | — | — | — |
| | mot. | „ | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Tumor cerebri | | Trepanatio | + | | | | | |
| | vyr. | cranii et | 8+ | — | — | 11 | — | 11 |
| | | exstirpatio | + | | | | | |
| | mot. | tumoris | 2+ | 2 | — | 4 | — | 6 |
| | | | + | | | | | |
| Tumor colli | mot. | Exstirpatio tumoris | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Tumor colonis | vyr. | Resectio | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Tumor genu | vyr. | Exstirpatio tumoris | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Tumor mixtus gl. lacrymalis | vyr. | Oper. Krönleini | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Tumor prostatae | vyr. | Exstirpatio tumoris | — | 1+ | — | — | — | 1 |
| Tumor renis | mot. | Nephrectomia | 2 | — | — | — | 2 | 2 |

| Diagnozė | Lytis | Operacijos pavadinimas | Operuotųjų skaičius | Neoperuotųjų skaičius | Tvarstymai gipsu | Vietinė bei pravedamoji anestezija | Bendrinė narkozė | Iš viso |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tumor submaxillaris | mot. | Biopsija | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Tumor thoracis | mot. | „ | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Ulcus cruris chr. | vyr. | Biopsija, Rentgenoterapija | 2 | — | — | 2 | — | 2 |
| Ulcus duodeni | vyr. | Resectio ventr. m. Kuzma. | 4 | 4 | — | 1 | 3 | 8 |
| Ulcus jejuni pept. perforatum | mot. | „ | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Ulcus rodens | vyr. | Excisio | 2 | — | — | 2 | — | 2 |
| | mot. | „ | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Ulcus ventriculi | vyr. | Resectio ventric. modo | 6+ | 4 | — | 2 | 6 | 13 |
| | mot. | Kuzma | 1 | 2 | — | 1 | — | 3 |
| | vaik. | Resectio ventric. modo Krönleini | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Varices cruris | vyr. | Operat. modo | 15 | 2 | — | 15 | — | 17 |
| | mot. | Moszkowitsch. | 19 | — | — | 19 | — | 19 |
| Varices haemorrhoidales | vyr. | Ligaturae | 9 | — | — | 9 | — | 9 |
| | mot. | „ | 3 | — | — | 3 | — | 3 |
| Vulnus caesum | vyr. | Revisio et sutura | 5 | 2 | — | 5 | — | 7 |
| Vulnus contusum | vyr. | „ | 7 | 4 | — | 6 | 1 | 11 |
| | | „ | 3 | 2 | 2 | 3 | — | 5 |
| Vulnus contusum pedis c. necros. | mot. vyr. | Amputatio Pyrogovi | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Vulnus laceratum | vyr. | „ | 4 | — | — | 4 | — | 4 |
| | mot. | Revisio | 3 | — | — | 3 | — | 3 |
| Vulnus punctum abdominis | vyr. mot. | Laparotomia. Sutura intest. | 1 | 1 | — | — | 1 | 2 |
| Vulnus sclopetarium | vyr. | „ | 2 | 5 | — | 2 | — | 7 |
| | mot. | „ | 2 | 1 | — | 2 | — | 3 |
| Vulnus sclopetarium abdomin. | mot. | Laparotomia et sutura intest. | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Vulnus sclopetarium femoris | vyr. | Amputatio Gritti | 1 | — | — | — | 1 | 1 |

Kraujo transfuzijų 1940 m. 2-ą pusmetį 1-oje Chirurginėje klinikoje daryta .................................................. 14.

Cistoskopijų daryta .................................................. 8;
jų tarpe endovezikalinių operacijų .................................. 6.

Rektoskopijų daryta .................................................. 5.

Kitų endoskopijų daryta .............................................. 4.

## Mirusiųjų ligonių trumpos ligų istorijos ištraukos.

1. **Ligonė J. R.**, 70 mt. amž. Ligos istorijos 70 nr.

Diagnozė: C a r c i n o m a r e c t i.

Įstojo į kliniką VII. 4 d. VII. 7 d. liumbalinėje anestezijoje 5% tropokaino daryta resectio recti perinealis modo Kuzma. Antrą dieną po operacijos pacientė pradėjo žymiai silpnėti, tvinksnis žymiai greitėti, esant subfebrilinei kūno t°. VII. 17 d. mirė ex inanitione cum adynamia cordis.

2. **Ligonis Ž. J.**, 55 mt. amž. Ligos istorijos 28 nr.

Diagnozė: C a r c i n o m a v e n t r i c u l i i n o p e r a b i l e.

Įstojo į kliniką VII. 5 d., negalėdamas del nuolatinių vėmimų valgyti. Padaryta maitinimui jejunostomia. Mirė VII. 13 d. del kacheksijos ir inanicijos.

3. **Ligonis M. J.**, apie 30 mt. amž. Ligos istorijos 707 nr.

Diagnozė: V u l n u s s c l o p e t a r i u m c a p i t i s.

VII. 22 d. atgabentas į kliniką be sąmonės, soporoziniame stovyje. Padarius žaizdų tualetą, ligonis, pavėmęs kelias valandas, mirė dėl smegenų kontuzijos.

4. **Ligonis S. J.**, 72 mt. amž. Ligos istorijos 34 nr.

Diagnozė: C a r c i n o m a p r o s t a t a e e t v e s i c a e u r i n a r i a e.

Įstojo į kliniką VII. 5 d. del didelių skausmų šlapiminės pūslės srityje ir tarpukirkšnyje, šlapinosi krauju. Daryta prostatectomia cum resectione vesicae urinariae. Keletui dienų savijauta pagerėjo. VII. 26 d. mirė, turėdamas urosepsinius reiškinius.

5. **Ligonė B. A.**, 50 mt. amž. Ligos istorijos 640 nr.

Diagnozė: C a r c i n o m a v e n t r i c u l i e t m e t a s t a s e s i n o m e n t o m i n o r e e t m a j o r e.

Įstojo į kliniką VII. 20 d. VII. 23 d. vietinėje anestezijoje +n. splanchnicus anestezijoje daryta resectio ventriculi subtotalis modo Kuzma. Dviem savaitėms po operacijos praslinkus, ligonė kiek pagerėjo, bet 1 mėnesiui po operacijos praėjus, vėl žymiai pablogėjo ir VIII. 24 d. mirė del inanicijos, nepataisomos net kraujo transfuzijomis.

6. **Ligonė B. St.**, 36 mt. amž. Ligos istorijos 667 nr.

Diagnozė: C a r c i n o m a v e n t r i c u l i i n o p e r a b i l e.

Įstojo į kliniką VII. 20 d. Per dvi savaiti nepavyko pagerinti ligonės stovio. VIII. 5 d. mirė neoperuota del kacheksijos.

7. **Ligonis L. A.**, 27 mt. amž. Ligos istorijos 518 nr.

Diagnozė: R u p t u r a i n t e s t i n o r u m, l a c e r a t i o s c r o t i e t t e s t i c u l i s i n.

Atgabentas į kliniką VII. 17 d. sepsiniame stovyje, kliedįs. Tuojau operuotas. Susiūtos žarnos trūkusiose vietose ir padaryta sudraskyto pautelio kastracija. Sepsinis stovis nepraėjo. Ligonis, visiškai sąmonės neatgavęs, mirė vienai savaitei praėjus po operacijos VII. 28 d.

8. **Ligonė St. Z.**, 12 mt. amž. Ligos istorijos 524 nr.

Diagnozė: O s t e o m y e l i t i s c r u r i s s i n.. S e p s i s.

Įstojo į kliniką VII. 17 d. Padaryta plati incizija ir galūnės imobilizacija gipso tvarčiu. Stoviui nuolat blogėjant mirė del sepsio IX. 15 d.

9. **Ligonis R. A.**, 26 mt. amž. Ligos istorijos 1131 nr.

Diagnozė: C o n t u s i o c o r p o r i s u n i v e r s a l i s c u m f r a c t u r a c r u r i s s i n. c o m p l.

Atgabentas į kliniką VII. 30 d. Aptvarsčius žaizdas, neužilgo mirė del šoko.

10. **Ligonis B. J.**, 24 mt. amž. Ligos istorijos 1409 nr.

Diagnozė: Vulnus sclopetarium corporis.
Atgabentas į kliniką VIII. 6 d. be sąmonės, soporoziniame stovyje, dviem valandoms po atgabenimo praslinkus, mirė del contusio cerebri.

11. **Ligonis prof. P. V.**, 67 mt. amž. Ligos istorijos 1687 nr.
Diagnozė: Carcinoma portionis abdominalis oesophagi et cardiae.
Įstojo į kliniką VIII. 9 d. VIII. 10 d. bendrinėje eterio narkozėje daryta resectio portionis abdominalis oesophagi et ventriculi modo Fischer-Sauerbruch. VIII. 13 d. mirė del adynamia cordis.

12. **Ligonis G. A.**, 14 mt. amž. Ligos istorijos 565 nr.
Diagnozė: Tumor cerebri.
VII. 18. iš Nervų klinikos perkeltas į Chirurginę operacijai. Trepanatio cranii su smegenų operac. daryta VII. 20 d. Rasta sarcoma cerebri, kurios radikaliai negalima buvo pašalinti. Po operacijos ligonis trumpam laikui pagerėjo. 4 savaitėms pradėjo vėl blogėti ir mirė VIII. 16 d. del tumor cerebri inoperabilis.

13. **Ligonis M. J.**, 56 mt. amž. Ligos istorijos 1762 nr.
Diagnozė: Gangraena pulmonis.
Įstojo į kliniką VIII. 13 d. Padaryta incizija, drainage. VIII. 15 d. mirė del myodegeneratio cordis et gangraena pulmonis.

14. **Ligonė Ž. U.**, 65 mt. amž. Ligos istorijos 1867 nr.
Diagnozė: Carcinoma ventriculi.
Įstojo į kliniką VII. 16 d. VII. 18 d. vietinėje anestezijoje ¼% tutokaino+n. splanchnicus anestezija daryta subtotalinė skilvio ir karcinomos peraugtos kasos dalies rezekcija. VII. 19 d. mirė del adynamia cordis.

15. **Ligonė Zl. Z.**, 36 mt. amž. Ligos istorijos 1975 nr.
Diagnozė: Carcinoma ventriculi.
Įstojo į kliniką VII. 19 d. VII. 21 d. daryta resectio ventriculi subtotalis bendrinėje eterio narkozėje. VII. 24 d. bronchopneumonijos reiškiniai, status febrilis. IX. 1. d. mirė del bronchopneumonijos.

16. **Ligonis P. P.**, 41 mt. amž. Ligos istorijos 2512 nr.
Diagnozė: Ulcus pylori penetrans in pancreate. Stenosis pylori fere compl.
Įstojo į kliniką VIII. 30 d. Bendrinėje eterio narkozėje daryta resectio ventriculi modo Pólya-Reichel. IX. 6 d. mirė del myodegeneratio cordis.

17. **Ligonė Gr. Ž.**, 73 mt. amž. Ligos ist. 2484 nr.
Diagnozė: Hernia inguinalis dextra.
Įstojo į kliniką VIII. 29 d. Daryta radikali hernia inguinalis operacija VIII. 30 d. Mirė IX. 3 d. del embolijos art. pulmonalis, net nesuspėjus padaryti Trendelenburgo operacijos.

18. **Ligonis B. A.**, 27 mt. amž. Ligos istorijos 2880 nr.
Diagnozė: Ulcus ventriculi perforativum.
Įstojo į kliniką IX. 6 d. vakare be tvinksnio. IX. 7 d. iš ryto širdies veikimo pagerinti nepavykus, ligonis mirė neoperuotas.

19. **Ligonis St. Z.**, 40 mt. amž. Ligos istorijos 2034 nr.
Diagnozė: Compressio thoracis.
Atgabentas į kliniką IX. 12 d. Cyanosis. Dyspnoë. IX. 13 d. oedema pulm. IX. 14 d. mirė del plaučių edemos.

20. **Ligonis B. V.**, 17 mt. amž. Ligos istorijos 2928 nr.
Diagnozė: Trombophlebitis cruris dextri.
Įstojo į kliniką IX. 7 d. Konservatyviai gydytas, IX. 16 d. mirė del staigios embolijos art. pulmonalis.

21. **Ligonis M. D.**, 59 mt. amž. Ligos istorijos 3947 nr.

Diagnozė: Myelitis transversalis post fracturam vertebrae thoracis XII. Paralysis extremit. infer.; decubitus multiplex; sepsis.

IX. 16 d. atgabentas iš vienos provincijos ligoninės. X. 18 d. mirė del sepsio.

22. **Ligonė V. M.**, 50 mt. amž. Ligos istorijos 3042 nr.

Diagnozė: Carcinoma ventriculi et colonis transversi.

Įstojo į kliniką IX. 10 d., visiškai sunykusi. Širdies veikimą kiek pagerinus, IX. 16 d. vietinėje anestezijoje daryta gastroanastomosis et ileosigmostomia. IX. 17 d. mirė del adynamia cordis.

23. **Ligonis B. J.**, 41 mt. amž. Ligos istorijos 3199 nr.

Diagnozė: Carcinoma ventriculi (su metastazėmis).

Įstojo į kliniką IX. 14 d. IX. 16 d. vietinėje anestezijoje daryta laparotomia explorativa. X. 8 d. mirė del kacheksijos ir inanicijos.

24. **Ligonė V. M.**, Ligos istorijos 3705 nr.

Diagnozė: Tumor cerebri.

X. 1 d. atkelta iš Nervų klinikos operacijai. X. 2 d. vietinėje tutokaino anestezijoje daryta pakaušio kaulo trepanacija ir pašalinta vištos kiaušinio didumo ponto - cerebellinis tumor (glioma). X. 3 d. ir X. 4 d. pacientė jautėsi gerai ir atgavo sąmonę, netektą prieš operaciją. X. 5 d. iš nakties po miego palenkta galva atbudusi, staiga pasijuto blogai, neteko sąmonės bei tvinskio ir mirė del oedema cerebri reiškinių.

25. **Ligonis P. P.**, 48 mt. amž. Ligos istorijos 3916 nr.

Diagnozė: Adenocarcinoma ventriculi (su metastazėmis).

Įstojo į kliniką X. 2 d. žymiai kachektiškas, vemia. X. 3 d. daryta laparotomia explorativa, ligoniui pageidaujant eterio narkozėje ir rasta carcinoma ventriculi su metastazėmis kepenyse, omentume et peritoneume. X. 8 d. mirė del kacheksijos bei inanicijos.

26. **Ligonė Br. A.**, 16 mt. amž. Ligos istorijos 3993 nr.

Diagnozė: Contractura articulorum multiplex post polyarthitidem. Myo-endocarditis.

Įstojo į kliniką X. 3 d. Ištiesus apatinių galūnių kontraktūras eterio narkozėje (100,0), ligonės tvinskis bei širdies veikimas nuolat blogėjo, ligonė darėsi daugiau cyanoziška ir X. 8 d. mirė del myo-endokardito.

27. **Ligonė K. E.**, 25 mt. amž. Ligos istorijos 4085 nr.

Diagnozė: Sepsis.

Įstojo į kliniką X. 16 d., turėdama hektišką kūno t° po buvusių kartotinių šalto absceso punkcijų. XII. 14 d. mirė del smegenų absceso.

28. **Ligonis D. A.**, 40 mt. amž. Ligos istorijos 4491 nr.

Diagnozė: Ulcus perforativum ventriculi. Peritonitis diffusa septica.

Atgabentas į kliniką X. 16 d., visiškai blogam širdies veikimui esant, ir po 4 val. mirė.

29. **Ligonis K. J.**, 42 mt. amž. Ligos istorijos 4397 nr.

Diagnozė: Carcinoma ventriculi.

Įstojo į kliniką X. 17 d. X. 19 d. daryta resectio ventriculi modo Billroth I. bendrinėje eterio narkozėje. Naktį iš X. 23 d. į 24 d. staigūs skilvio perforacijos reiškiniai ir mirė del po operacinės skilvio perforacijos.

30. **Ligonis U. V.**, 33 mt. amž. Ligos istorijos 4653 nr.

Diagnozė: Meningitis traumatica.

Atgabentas į kliniką X. 19 d. be sąmonės, kurios neatgavęs, X. 21 d. mirė del meningito.

31. **Ligonis K. A.**, 49 mt. amž. Ligos istorijos 4429 nr.

Diagnozė: Tumor cerebri.

X. 23 d. perkeltas iš Nervų klinikos operacijai. X. 24 d. daryta kaukolės trepanacija ir smegenų operacija kairiojoje parieto-okcipitalinėje srityje, kur rastas difuziškas basis cerebri peraugęs navikas, nepasiduodąs radikaliniam pašalinimui. X. 26 d. mirė.

32. **Ligonis V. J.**, 31 mt. amž. Ligos istorijos 4981 nr.

Diagnozė: Meningitis traumatica.

Atgabentas į kliniką be sąmonės X. 27 d. vis eidamas blogyn. X. 30 d. mirė del meningito.

33. **Ligonis G. A.** Ligos istorijos 4091 nr.

Diagnozė: Insufficientia et stenosis v. mitralis. Strumitis.

X. 28 d. įstojo į kliniką visiškai dūstąs. X. 29 d. daryta strumectomia, po kurios ligonis pagerėjo, bet X. 30 d. mirė del vitium cordis.

34. **Ligonis B. B.**, 34 mt. amž. Ligos istorijos 5079 nr.

Diagnozė: Tumor cerebri.

Atgabentas iš vienos Kauno ligoninės į Nervų kliniką ir iš ten X. 29 d. į mūsų kliniką operacijai. Ligonis buvęs somolentiškas ir dažnai netekdavęs sąmonės, kurią atgaudavęs tik įleidus didelius kiekius vynuogių cukraus intra venam. Stebint ligonį Chirurginėje klinikoje ir duodant didelius urotropino kiekius į raumenis bei intra venam, pirmą savaitę gautas paciento stovio pagerėjimas. Bet antrą savaitę, sąmonės netekimo stoviui pablogėjus, daryta iš deš. parieto-temporalinės pusės kaukolės trepenacija ir rasta į bazalinę ir okcipitalinę smegenų dalį einąs gana žymus meningitis adhaesiva. Po operacijos paciento sąmonės netekimo stovis ėjo blogyn ir XI. 9 d. mirė del meningito.

35. **Ligonis G. S.**, 19 mt. amž. Ligos istorijos 5061 nr.

Diagnozė: Tumor cerebri.

Atkeltas iš Nervų klinikos XI. 5 d. operacijai, lokalizuojant navikų parieto-okcipitalinėje srityje iš kairės pusės. Padarius toje srityje trepanaciją, nei inspekcija, nei palpacija, nei, pagaliau, punkcija naviko neparodė. Po operacijos ligonis pradėjo kiek gerėti, bet, mėnesiui po operacijos praslinkus, vėl padidėjo galvos skausmai. T° visą laiką pasiliko subfebrilė. XII. 11 d. daryta spaudimui atpalaiduoti trepanacja iš deš. kaukolės pusės. Po tos antros operacijos pacientas neteko sąmonės, pakilo kūno t° iki febrilinės ir, pasireiškus meningitui, XII. 19 d. mirė.

Autopsia parodė: seną abscesą (otogeninės kilmės?), inkapsuliuotų parieto - okcipitalinėje bazalinėje smegenų dalyje iš kair. pusės, kurs pirmos operacijos metu nebuvo pasiektas.

36. **Ligonis K. A.**, 29 mt. amž. Ligos istorijos 5952 nr.

Diagnozė: Ulcus ventriculi perforativum. Peritonitis.

Į kliniką atgabentas XI. 5 d. gana sunkaus peritonito stovyje. Tuojau eterio narkozėje daryta resectio ventriculi modo Kuzma. Kitą dieną po operacijos liežuvis sausas, peritonito stovis lyg ramesnis. XI. 12 d. ligonis gana sunykęs, liežuvis sausas, nekantrauja, keliasi iš lovos, geria sučiuptą skystimą, naktį žymiai pablogėjo ir XI. 13 d. mirė del peritonito 9-tą d. po operacijos.

37. **Ligonis Z. V.**, 39 mt. amž. Ligos istorijos 5669 nr.

Diagnozė: Stenosis et insufficientia v. mitralis decompens. Necrosis glandis penis et scroti.

Į kliniką atvyko XI. 12 d. XI. 13 d. necrectomia glandis penis et scroti. XI. 27 d. mirė del sepsio ir vitium cordis.

38. **Ligonis M. J.**, 39 mt. amž. Ligos istorijos 5770.

Diagnozė: Carcinoma prostatae et vesicae urinariae.

Į kliniką atvyko XI. 14 d., turėdamas aukštą kūno t° del urosepsio ir abscessus perinealis. XI. 15 d. sakralinėje anestezijoje padaryta absceso incizija ir necrectomia prostatae. XII. 9 d. urosepsiniams reiški-

nianıs kiek atslūgus, bendrinėje eterio narkozėje daryta exstirpatio totalis vesicae urinariae. Tą pačią dieną ligonis mirė del urosepsio bei pooperacinio šoko.

39. **Ligonis J. A.**, 45 mt. amž. Ligos istorijos 518 nr.

Diagnozė: Abscesssus paravertebralis.

Į kliniką atvyko XI. 6 d. sepsiniame stovyje. Padarius plačią inciziją, sepsinis stovis neslūgo. XII. 10 d. mirė del sepsio.

40. **Ligonė M. B.**, 54 mt. amž. Ligos istorijos 6316 nr.

Diagnozė: Septicopyaemia.

Atvyko į kliniką XI. 24 d. Padaryta pyeminių abscesų incizija. XI. 29 d. mirė del septikopyemijos.

41. **Ligonė B. B.**, 31 mt. amž. Ligos istorijos 6430 nr.

Diagnozė: Tumor cerebri et anguli pontino-cerebellaris sinistri.

Atkelta iš Nervų klinikos XI. 26 d. operacijai. XI. 29 d. daryta trepanatio cranii occipitalis sin. Pašalinta glioma fusocellulare lobi sin. cerebelli. XII. 6 d. ligonė staiga mirė, turėdama meningitinių reiškinių. Autopsijos duomenų makro-mikroskopinė diagnozė: Glioma fusocellulare lobi sinistri cerebelli; haemorrhagia lobi sinistri cerebelli, subdurale et subarachnoidale baseos cerebri.

42. **Ligonė R. O.**, 82 mt. am.. Ligos istorijos 6997 nr.

Diagnozė: Hernia femoralis sin.

Atvyko į kliniką XII. 8 d. su užleisto ileus'o reiškiniais. Daryta radikali hernia femoralis operacija. Bronchopneumonija. XII. 12 d. mirė del bronchopneumonijos ir širdies myodegeneracijos.

43. **Ligonė R. P.**, 37 mt. amž. Ligos istorijos 6584 nr.

Diagnozė: Tumor cerebri.

XII. 5 d. perkelta iš Nervų klinikos operacijai be sąmonės, praradusi regėjimą. XII. 6 d. daryta atpalaidavimo trepanacija iš deš. parieto-temporalinės pusės. Po operacijos sąmonės vis delto neatgavo ir XII. 13 d. mirė del compressio cerebri. Autopsija parodė bazalinėje preventrikulinėje srityje difuzinį neoperuotiną tumor'ą — gliosarkomą.

44. **Ligonis M. P.**, 47 mt. amž. Ligos istorijos 7035.

Diagnozė: Tumor ventriculi.

Įstojo į kliniką XII. 9 d. del vėmimo ir bendrinio nusilpimo. XII. 11 d. daryta resectio ventriculi modo Pólya-Reichel vietinėje ir n. splanchnicus anestezijoje. XII. 18 d. mirė del širdies myodegeneracijos bei inanicijos.

45. **Ligonė J. M.**, 56 mt. amž. Ligos istorijos 7105 nr.

Diagnozė: Struma maligna.

Į kliniką įstojo XII. 10 d. dūsdama ir būdama labai nerami. XII. 11 d. vietinėje anestezijoje daryta strumectomia totalis, po kurios ligonė nebeduso, bet pasiliko gana silpna. XII. 16 d. mirė del aspiracinės pneumonijos.

46. **Ligonis V. J.**, 17 mt. amž. Ligos istorijos 6673 nr.

Diagnozė: Tumor s. abscessus cerebri in regione temporo-occipitali dextra.

Perkeltas iš Nervų klinikos operacijai be sąmonės XI. 11 d. Tuojau daryta atpalaiduojamoji trepanacija iš deš. temporo- parietalinės pusės, bet ligonis sąmonės nebeatgaudamas mirė del compressio cerebri. Tėvams nesutikus, autopsia nedaryta.

47. **Ligonis B. M.**, 75 mt. amž. Ligos istorijos 7154 nr.

Diagnozė: Fractura femoris et fractura cruris complicata. Emphysema pulm. Myocarditis.

Atgabentas į kliniką XII. 11 d. ir, tuojau aptvarsčius žaizdas, fraktūros imobilizuotos gipso tvarčiu. XII. 13 d. mirė del myokardito.

48. **Ligonis B. R.**, 37 mt. amž. Ligos istorijos 7419 nr.
Diagnozė: Peritonitis ex perforatione ulceris ventriculi.

Atvyko į kliniką XII. 16 d. turėdamas aukštą kūno t°, filiforminį tvinksnį ir akrocyanozę. Sirgęs namie apie 1 sav. XII. 20 d. kiek pagerėjo, bet nesutiko būti operuojamas. XII. 23 d. vėl žymiai pablogėjo širdies veikimas ir XII. 24 d. mirė del peritonito.

49. **Ligonis L. M.**, 69 mt. amž. Ligos istorijos 7383 nr.
Diagnozė: Necrosis mandibulae. Sepsis.
Atvyko į kliniką visai nusilpęs, turėdamas 20% Hb., kurio kiekio nepadidino kraujo transfuzija 350,0. XII. 21 d. mirė del sepsio.

50. **Ligonis R. B.**, 54 mt. amž. Ligos istorijos 7484 nr.
Diagnozė: Ulcus ventriculi perforativum.
Atvyko į kliniką XII. 18 d., antrą ligos parą. Del gana silpno širdies veikimo bendrinėje eterio narkozėje daryta tik perforuotos opos apsiuvimas ir gastro-jejunostomia. XII. 20 d. mirė del peritonito.

Tuo būdu iš 1251 ligonio, gydytų 1940 m. II pusmetyje I Chirurginėje klinikoje, mirė 50, kurių trumpas ligų istorijų ištraukas čia esame pateikę, kas sudarė 4% mirtingumo.

Žinoma, jei klinika būtų galėjusi pasirinkti medžiagą, kaip tai yra daroma kitų kraštų klinikose, tai tas mirtingumo procentas neabejotinai būtų buvęs daug mažesnis. Tuo tarpu mūsų klinika, kol dar nėra pakankamo ligoninių skaičiaus bei jų tinklo krašte, turėjo eiti ir eilinės ligoninės pareigas ir, dar daugiau, — perimti sunkiausius bei kitą kartą beviltiškus ligonius iš kitų ligoninių, k. a.: 21, 27, 33 ir kt. iš mūsų nurodytų mirusiųjų ligonių.

Sugrupavę pagal ligas mūsų klinikoje mirusius turėsime:

1) Tumor s. ca ventriculi — 9 atsitikimai: 4-iems buvo padarytos radikalinės skilvio rezekcijos, 4-iems paliatyvinės operacijos ir 1 ligonis visiškai neoperuotas.

2) Tumor cerebri — 8 atsitikimai: 4-iems buvo padarytos radikalinės operacijos ir 4-iems — paliatyvinės. Kai kurie tų ligonių jau prieš operaciją buvo netekę sąmonės, ir tie bevilčiai atsitikimai ypač blogina rezultatus.

3) Sepsio bei sepsinių susirgimų — 8. Dauguma operuota abscesams pašalinti.

4) Ulcus perforans ventriculi — 5 atsitikimai, iš kurių tik 2 buvo operuoti: vienam padaryta radikalinė skilvio rezekcija ir antram — del silpno širdies veikimo apsiūta ir padaryta gastro-anastomija.

5) Ulcus ventriculi penetrans ad pancreatem — 1 atsitikimas, miręs del myodegeneratio cordis.

6) V u l n u s s c l o p e t a r i u m c a p i t i s — 2 atsitikimai; abu pacientai atgabenti be sąmonės ir greitai mirė.

7) M e n i n g i t i s t r a u m a t i c a — 2 užleisti atsitikimai; pacientai atgabenti be sąmonės.

8) C a p r o s t a t a e e t v e s i c a e u r i n a r i a e — 2 atsitikimai. Operuojamieji nepakėlė visiškos šlapimų pūslės ekstirpacijos su prostatektomija.

9) H e r n i a e i n g u i n a l e s e t f e m o r a l e s — dvi senos moterys: viena mirė del embolijos, antra — del myodegeneratio cordis.

10) F r a c t u r a e o s s i u m e t c o n t u s i o n e s c a p i t u m — 2 atsitikimai senesnio amžiaus žmonėms.

11) S t r u m a m a l i g n a — 1 toli pažengusi ir 1 sepsinio pobūdžio strumitis.

12) C a r e c t i — vienas atsitikimas: gana silpna moteriškė, kur liga buvo toli pažengusi.

13) C a o e s o p h a g i e t c a r d i a e — 1 toli pažengęs atsitikimas: padaryta radikalinė operacija.

14) G a n g r e n a p u l m o n u m — 1 gana toli pažengęs atsitikimas.

15) C o m p r e s s i o t h o r a c i s — 1 atsitikimas.

16) K o n t r a k t ū r a — 1 atsitikimas, konservatyviai išlygintas; ligonis dar turėjo myo- endocarditis.

17) T r o m b o p h l e b i t i s e x t r e m i t a t i s i n f e r i o r i s — atsitikimas, davęs embolia art. pulmonalis, kur Trendelenburg'o operacija padaryti nesuskubta.

Įdomu bus čia pridėti dar mūsų 28-to mirusio ligonio, D. A. 40 mt. amž., lavono skrodimo duomenys.

Patologo-anatominė (makro-mikroskopinė) diagnozė:

P n e u m o n i a h a e m o r r h a g i c o - p u r u l e n t a s e p t i c a. Abscessus miliares disseminati cutis. Tonsillitis purulenta chronica. Embolia coccorum hepatis, renum, myocardii, glandularum suprarenalium. Hyperplasia acuta et hyperaemia lienis. Synechiae pleurarum facierum inferiorum lateris utriusque. Hyperaemia renum. Abscessus miliares myocardii. Epinephrosis. Vulnus fere sanatum dorsi manus dextrae. S e p s i s.

P. S. Tepinėlyje iš odos abscesiukų rasta streptokokų.

pas. *E. Vinteleris.*

Kaunas, 1940. XII. 31 d.

**I-mojoje Chirurginėje klinikoje 1940 m, II pusmečio dirbąs personalas,** be klinikos vedėjo, turint galvoje būstines:

II aukšto vyrų ir moterų asepsinio skyriaus, + vyrų sepsinio skyriaus, + ortopedinio skyriaus + III-čio aukšto moterų sepsinio skyriaus, + VI aukšto onkologinio - radiologinio skyriaus ir operacinių kambarių. (Rentgeno instituto būstinėse, esančiose pusrūsyje, dirbąs personalas čia nepriskaitomas).

| Eilės nr. | | Yra | Dar stoka | Pastabos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Gyd. asistentų ........ | 3 | — | |
| 2 | Gyd. ordinatorių ...... | 10 | — | |
| 3 | Vyr. med. seserų ...... | 4 | 2 | |
| 4 | Operacinių seserų .... | 5 | — | |
| 5 | Medicinos seserų ...... | 12 | 2 | |
| 6 | Slaugytojų ........... | 29 | 6 | Kai bus įrengtos operacinės, dar reikės 4 slaugytojų. |
| 7 | Sanitarų ............. | 1 | — | |
| 8 | Prievaizdų ........... | nėra | 1 | |

**Darbo planas.**

1. Gydytojai ordinatoriai.

1) 9—15 val. (Jei būna extra - darbo, dirba ir ilgiau, kiekvienu paros metu).

2) Sekmadieniais 9—12 val. (rytinė vizitacija, atsižvelgiant į darbo kiekį).

3) Budi savoje klinikoje ištisas 24 val. iš eilės kas 12—13-tą dieną ir po to laisvos dienos neturi.

4) Budi bendrai visose klinikose 24 val., po to turi teisę gauti laisvą dieną, bet kol kas tuo nesinaudojo.

2. Palatų med. seserys.

1) 4 seserys dirba nuo 8—14 val. ir nuo 17—19 val. (iš viso po 8 val.).

2) 4 seserys dirba 8—14 val. (iš viso po 6 val.).

3) 1 sesuo dirba ir budi ištisai visą parą (24 val.), po to gauna laisvą parą (24 val.).

4) 1 sesuo ilsisi po budėjimo.

VI-tas aukštas:

1) 1 sesuo dirba 8—14 val. (iš viso po 6 val.).

2) 1 sesuo dirba ir budi 24 val., po to laisva visą parą.

3) 1 sesuo ilsisi po budėjimo.

Iš viso 13 palatinių seserų.

Laisvą dieną gauna: 1) po budėjimo, 2) kas 2-rą — 3-čią sekmadienį.

Stoka — 5 med. seserų.

3. Operacinės med. seserys.

1) 4 seserys dirba nuo 8—16 val. (iš viso po 8 val.).

2) 1 sesuo dirba ir budi per naktį ištisas 24 val., po to gali gauti laisvą parą, jei naktį buvo operacinėje darbas.

3) 1 sesuo vyresnioji dirba 8—16 val..

4) Sekmadieniais budi viena sesuo, kitos laisvos.

4. Ambulatorijos med. seserys.

Viena dirba nuo 8—15 val.. Nebudi. Sekmadieniais laisva.

5. Slaugės.

Palatinės:

1) 6 slaugės dirba 7—15 val. (iš viso po 8 val.).

2) 6 slaugės dirba 7—15 val. ir 16,30—19 val. (iš viso po 10,30 val.).

3) 6 slaugės dirba ir budi ištisai 24 val., po to laisva para.

4) 6 slaugės ilsisi namie po budėjimo.

Sekmadieniais:

1) 6 ilsisi po budėjimo.

2) 6 turi laisvą dieną.

3) 6 dirba 7—15 ir 16,30—19 val..

4) 6 dirba ir budi ištisas 24 val..

Iš viso 24 palatinės slaugės. Stoka dar 6 slaugių.

Operacinės slaugės: 2 slaugės dirba 8—16 val. Nebudi. Sekmadieniais ateina tik viena. Kai bus įrengti visi operaciniai kambariai, reikės papildomai dar 4 slaugių.

Sterilizatorės: 2 slaugės 8—16 val.. Nebudi. Sekmadieniais laisvos.

Ambulatorijos: 1 slaugė 8—16 val.. Nebudi. Sekmadieniais laisva.

Sanitaras: 1 dirba 8—16 val..

Prievaizda: dar nėra.

Kaip matyti, šitas planas yra dar personalo atžvilgiu nesusitvarkiusios klinikos darbo planas.

**I-osios Chirurginės klinikos mokslo darbas 1940 m. II pusmetyje** buvo susietas su bendra darbo organizacija, kuri yra dar pradiniame savo išsirūtuliavimo taške naujose klinikos būstinėse. Kaip jau esame matę, sėkmingam mokslo darbui Chirurginei klinikai stoka įrengtų operacinių, laboratorijų bei daug kitų tyrimo priemonių. Bet labiausiai stoka knygyno. Prieš išsikeliant Chirurginei klinikai iš V. Kauno ligoninės, dar 1940 m. pavasario semestre, buvusio Medicinos Fakulteto dekano, kartu buvusio ir Chirurginės klinikos globėjo, pasiūlymu

Med. Fak-to Taryba nutarė atiduoti visą buvusį Chirurginės klinikos knygyną II-ajai Chirurginei klinikai, besikuriančiai Raudonojo Kryžiaus ligoninės būstinėse. Tame pačiame Medicinos Fak-to Tarybos posėdyje I-ajai Chirurginei klinikai buvo pasiūlyta perimti buvusio St. Batoro Un-to Chirurginės klinikos knygyno dalį. Bet visos dėtos pastangos (jų buvo daug) gauti I Chirurginei klinikai knygyną iš Vilniaus nuėjo niekais. Tuo būdu I Chirurginės klinikos mokslo personalas 1940 m. 2-me pusmetyje moksliškai dirbo klinikoje, neturėdamas nei vieno naujesnio vadovėlio, nei vieno žurnalo.

Dabartinis I-osios Chirurginės klinikos vedėjas tame pačiame Medicinos Fak-to Tarybos posėdyje buvo numatęs tokį galimumą ir todėl pasiūlė Fak-to Tarybai, perduodant II-ajai Chirurginei klinikai buvusį Chirurginės klinikos knygyną, rezervuoti kitą galimumą: jei nebūtų gautas I-ajai Chirurginei klinikai knygynas iš Vilniaus, arba atitinkamas knygų ekvivalentas iš kitur, tai padalinti II-ajai Chirurginei klinikai perduodamą knygyną tarp abiejų klinikų, arba padaryti tą knygyną abiem klinikoms vienodai prieinamą.

Vis delto, be savo knygyno I-osios Chirurginės klinikos mokslo personalas — asistentai ir ordinatoriai — stengėsi uoliai dirbti, kad ir kukliomis mokslo temomis, elgėtaudami mokslinę literatūrą kitose mediciniškose įstaigose.

**I-osios Chirurginės klinikos 1940 m. 2-o pusmečio mokslo darbų metodika** negalėjo būti visiškai vienoda, nes, kaip esame minėję, I-oji Chirurginė klinika, eidama daugiau eilinės ligoninės pareigas, negalėjo rinktis jai daugiau rūpimų vienų ar kitų susirgimų. Klinika turėjo imti viską, visus chirurgiškų susirgimų atsitikimus, kuriuos paprastai gyvenimas duoda ligoninei, net kai kada negalėdama išlaikyti savo nurodytų skyrių purizmo.

Vis delto I-oji Chirurginė klinika stengėsi tuos savo skyrius kiek galima išsamiau moksliškai aprūpinti bei išnaudoti iš jų gaunamą mokslinę medžiagą: iš savų sepsinių skyrių imdama sepsinius kaulinius susirgimus (ord. gyd. Fridmano, ord. gyd. Matusevičiaus darbams), kurių ten buvo daugiau, negu kitų susirgimų; taip pat imdama kaulinius susirgimus iš asepsinių ir ortopedinio skyrių, nors ir kazuistinių atsitikimų pavidalu (asist. d-ro Paprockio, asist. gyd. Šiurkaus, ord. gyd. Geimano, ord. gyd. Jociaus, ord. gyd. Matusevičiaus, ordin. gyd. Vaitoškos darbams).

Auglių arba piktybinių navikų klausimui tirti naudojama Chirurginės klinikos ir jos onkologinio - radiologinio skyriaus medžiaga (ord. gyd. Čiburas, ord. gyd. Jocius, ord. gyd. Šteinas). Virškinamųjų takų chirurginiai susirgimai ir na-

vikai toliau tiriami panašiais būdais, kaip kad ir pirmiau, tebebūnant klinikai senose V. Kauno ligoninės būstinėse (Prof. Kuzma, vyresn. dėstytojas dr. Maciūnas). Chirurginiai susirgimai, susiję su inkretorinių liaukų veiklos sutrikimais, dar yra tik pradinėje tyrimų stadijoje (asist. gyd. Šiurkus). Kas tokios tematikos srityje jau po truputį yra padaryta, tai dabar pateikiama šitame „LTSR Medicinos" nr. Žinoma, per trumpą laikotarpį žymesnių mokslinių pasiekimų negalima laukti: reikia surinkti daug medžiagos, pagrįsti jį šių dienų patologo - fiziologiniais pagrindais. Kaip esame matę, ne visose tyrimų srityse vienodos metodikos prisilaikydama, I-osios Chirurginės klinikos mokslo darbų metodika negali būti vienalytiška ir vienpusiška, kaip tai tiktų kai kurioms išsidiferenciavusioms į siauras specialybes klinikoms. Be to, šita mokslo darbų metodika turi derintis su klinikos vispusiškais mokymo tikslais ir turi bent iš dalies nuo jų priklausyti.

**I-sios Chirurginės klinikos mokymosi bei savikritikos darbas** labiausiai liečia visus joje dirbančius gydytojus, profesorius, vyresniuosius dėstytojus, asistentus, ordinatorius, stažistus ir, pagaliau, net studentus medikus, susiburiančius į „Chirurgijos mėgėjų" ratelį. Praktiško darbo mokymosi metodės, kaip jau esame minėję, siejasi su moksliško darbo metodėmis. Tuo būdu I-oji Chirurginė klinika galės išleisti gyvenimui tinkamai pasiruošusių, prityrusių bei praktiškų chirurgų kadrus.

**I-osios Chirurginės klinikos studentų mokymo darbas** pareina nuo jai pavesto studentų kontingento. III kurso studentai klinikoje, klausydami bendrinės chirurgijos paskaitas, susipažįsta su chirurgiškais susirgimais ir, besinaudodami bendrinės chirurginės reikšmės klinikos medžiaga, įgyja bendrą supratimą apie kliniško tyrimo būdus, apie ligų simptomus, kad kitais mokslo metais, būdami IV kursie, nuėję į kitą chirurginę kliniką, galėtų išmokti visiškai geraai tirti, moksliškai išsamiai pažinti ligonį, diferencijuoti diagmozę ir skirti chirurgišką terapiją, remiantis III kurse įgytomis žiniomis iš operacinės chirurgijos.

**I-osios Chirurginės klinikoss svarbiausias uždavinys yra mokyti V kurso studentus medilkus,** kurie čia turi susipažinti su dideliu kiekiu įvairių ligonių, nustatyti klinišku galvojimu pagrįstą diagnozę, išsiaiškinti įvairius ligų niuansus, patikrinti susirgimus taikant operacinęą terapiją, išmokti gyvai orientuotis ligoninės apystovose. Šittame kurse chirurgijos dėstytojas turi būti ypatingai akylas iir kartu lankstus studentų išsilavinimo pažangumo pažinime.. Įsitikinęs tinkamu studentų orientavimusi susirgimuose, dėsttytojas turi vengti ilgiau susto-

ti prie jiems žinomų dalykų, turi kas kartas greitinti tempą to orientavimosi, ilgiau sustodamas tik ties nepakankamai arba netinkamai suprastais dalykais arba ties naujais, moksliškai gerai pagrįstais chirurgiškais pasiekimais.

**I-ojoje Chirurginėje klinikoje per aprašomąjį laikotarpį baigiamuosius chirurgijos egzaminus** išlaikė 40 medikų, iš kurių 11 gavo pažymį „gerai", kiti — „patenkinamai". 12 asmenų laikė egzaminus kartotinai. Eksternais laikė 8 asmenys. Išlaikiusiųjų chirurgijos egzaminus tarpe buvo 7 moterys. Baigiamuosius egzaminus iš bendrinės chirurgijos išlaikė 21 odontologas, iš kurių 2 gavo pažymį „gerai", kiti — „patenkinamai". Kartotinai laikė egzaminus 7 odontologai. Išlaikiusių egzaminus tarpe buvo 1 vyras. Gydytojų stažistų buvo 20, iš kurių 12 baigė stažą; jų tarpe 5 moterys.

**Numatomas I-osios Chirurginės klinikos darbo plano pakeitimas** daugiausia siejasi su TSRS nustatyto bendro dėstymo plano pritaikymu.

III kurso studentams medikams, dėstant bendrinę chirurgiją, teks kiek padauginti praktiško darbo valandų skaičius, teks kiek sumažinti valandų skaičius teoriškam bendrinės chirurgijos dėstymui.

V kurso studentams Chirurginės klinikos dėstymas, susietas su ortopedija, karo lauko chirurgija bei traumatologija ir veido chirurgija, esminių pakitimų neturės. Studentai turės rašyti po 1 ligos istoriją kas semestras. Laikantieji baigiamuosius egzaminus taip pat turės rašyti 1 ligos istoriją.

**Norint pakelti klinikos darbo našumą bei pažangumą,** visų pirma reikia šalinti nurodyti trūkumai, reikia neatidėliojant įrengti operaciniai kambariai ir laboratorijos; skubiai reikia įkurti klinikose moksliškam darbui tinkamas knygynas; reikia užbaigti Rentgeno skyriaus įrengimas ir aprūpinti jis filmomis bei plokštelėmis; reikia onkologinis - radiologinis skyrius aprūpinti klinikų statybos laiku numatytu radium'o kiekiu; reikia disciplinuotis tarnautojams darbe, atsiduodant tik darbui, darbo laiku laikytis tyliai, viešai nerūkyti klinikų būstinėse, nemėtant nuorūkų į pakampes, ant laiptų bei aikštelių; reikia kad visi tarnautojai žiūrėtų švaros, kad mandagiai pamokytų pašaliečius ir ligonius laikytis švariai; reikia daugiau susiklausymo darbe, daugiau viens kito gerbimo.

Tada mes, įsijungę į TSRS rimtai dirbančių klinikų eilę, galėsime taip pat pretenduoti pavyti ir pralenkti, anot L e n i n o — S t a l i n o, kapitalistinių kraštų klinikų moksliško ir praktiško darbo našumą bei pažangumą. Ir tat reikia daryti tuojau.

## Автореферат.

Новую полосу работы I-ой хирургической клиники Каунасского университета автор считает с 15. VI. 1940 г. — того исторического дня, когда была учреждена Литовская ССР. Тогда I-ая хирургическая клиника начала переселяться из старой Каунасской больницы в новые помещения клинического городка.

В новых, далеко еще не окончательно оборудованных, помещениях клиники, за второе полугодие 1940 г. амбулаторно было принято 3.290 больных, которым были даны определенные лечебные указания или произведены некоторые хирургические вмешательства (всего 3.456) (см. 1-ю таблицу).

Для стационарных больных имеется: по 25 коек в мужском и женском асептическом отделении, по 26—27 коек в мужском и женском септическом отделении, по 11—12 коек в мужском и женском ортопедическом отделении и 20 коек в онкологическо - радиологическом отделении.

За 2-ое полугодие 1940 г. всего стационарных больных было 1.251. В прилагаемой 2-ой таблице в алфавитном порядке указаны заболевания и примененное соответственное лечение.

Переливание крови за этот период было произведено 14 раз.

Цистоскопических исследований сделано 80, из коих 6 с эндовезикальными операциями.

Ректоскопических исследований было 5 и друг. эндоскопических исследований — 4.

За 2-ое полугодие 1940 г. в клинике умерло 50 человек, что составляет 4% смертности. Этот процент смертности был бы значительно меньше, если бы клиника воздержалась от приема больных из других лечебных учреждений, которые чаще всего присылают больных в совершенно безпомощном состоянии. Даются краткие выдержки из историй болезни всех умерших с приложением указаний на причины их смерти и с приложением более интересных данных патологических вскрытий.

За 2-ое полугодие 1940 г. в 1-ой хирургической клинике работали, кроме профессора, заведующего хирургичесской кафедрой и клиникой, еще 3 ассистента, 10 врачей ординаторов, 4 старшие операционные сестры, 12 медицинских сестер, 29 санитарок, 1 санитар и 1 надзиратель. Прилагается план работы персонала и указывается на некоторые недостатки работы.

Далее говорится о научной работе клиники и о трудностях этой работы за неимением библиотеки; указывается на методику рабсты, на самообучение и самокритику научно работающего персонала, на обучение студентов, на количество выдержавших выпускные экзамены по хирургии, на необходимые изменения в плане работы I-ой хирургической клиники, на необходимостъ добиться прогресса клиники.

## Autoreferat.

Nach dem Autor seit 15 Juni 1940 fing eine neue Arbeits-Epoche, an. Das war der Tag der Gründung der Litauschen Socialistischen Sowiet Republik. An diesem Tage fing an die Übersiedlung der I chirurgischen Universitätsklinik aus dem Gebäude des alten Städtischen Krankenhause zu Kaunas in das neue klinische Viertel.

In den neuen noch nicht vollständig fertigen Räumen der Klinik wurden im Laufe des zweiten Halbjahres 1940 ambulatorisch 3290 Kranken aufgenomen. Die Zahl der Konsultationen und einiger chirurgischen Eingriffe bei diesen ambulanten Kranken ist gleich 3456. (cnf. Tab. Nr. 1).

Für stacionäre Kranken hat die Klinik in der aseptischen Abteilung für Männer und Frauen zu 25 Betten. Zu 26—27 Betten in der männlichen

und weiblichen septischen Abteilung; zu 11—12 Betten in männlichen und weibl. Orthopedischen Abteilung und 20 Betten in der Onkologisch--radiologischen Abteilung.

Im Laufe derselben Zeit (zweites Halbjahr 1940) suchten auf die Klinik 1251 stacionäre Kranken. In der Tabelle Nr. 2 sind die Erkrankungen besprochen in alphabetischer Reihe, auch die entsprechende Behandlung.

Bluttransfusion wurde 14 Mal gemacht.

Die Zahl der kystoskopischen Untersuchungen war 80; davon 6 mit endovesicalen Eingriffen. Die Zahl der rectoskopischen Untersuchungen war 5; andere endoskopische Untersuchungen — 4.

Die Mortalität war gleich 50, d. h. 4%. Diese Zahl wäre noch kleiner, wenn die Klinik nicht die Kranken aus anderen Anstalten aufgenomen hätte. Solche Kranken kamen oft in sehr abgeschwächten Zustande an. Weiter werden kurz die Auszüge aus den Krankengeschichten der Verstorbenen angegeben, wo die Ursachen des Todes erwähnt sind. Auch die Sectionsprotokole der intersantsten Fälle sind beschrieben.

In diesem Halbjahre arbeiteten in der Klinik: Leiter der Klinik Professor der Chirurgie, 3 Asistenten, 10 Ärzte - Ordinatoren, 4 Operationsoberschwester, 12 Schwester, 29 Wächterinnen (Sanitäre), 1 Wärter, 1 Aufseher. Es wird weiter der Plan der Personalarbeit erwähnt, sowie auf die Defekte der Arbeit hingewiesen. Im weiterem wird die wissenschaftliche Arbeit der Klinik besprochen, sowie deren Schwierigkeiten, die in dem Fehlen einer Bibliotek bestehen. Der Autor bespricht die Arbeitsmethoden, das Selbstlernen und Selbstkritik des wissenschaftlich arbeitenden Personals, die Ausbildung der Studenten, die Zahl der die chirurgischen Prüfungen bestandenen, die Notwendigkeit der Änderung des Arbeitsplanes an der 1-ten Chirurg. Klinik. Der Autor endet seine Artikel mit dem Wunsch den Fortschritt der Klinik zu erreichen.

---

*Gyd. V. Paprockas.*

## Osgood - Schlatter'io susirgimas.

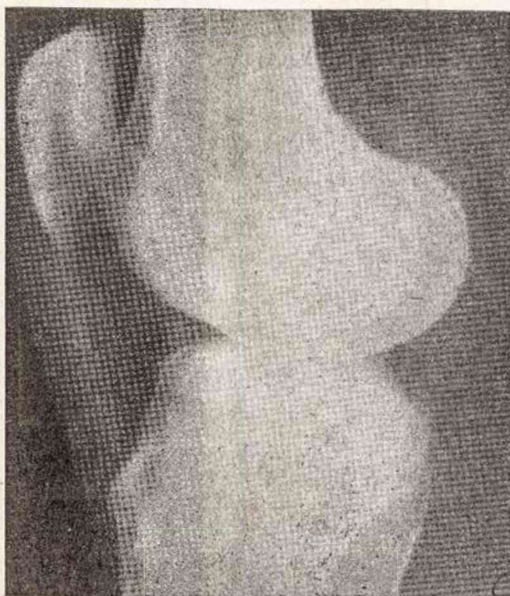
(Kauno U-to I-osios Chirurginės klinikos asistentas. Klinikos vedėjas prof. V. Kuzma)

Osgood-Schlatter'io susirgimas, kitaip dar vadinamas epiphysitis tibiae dissecans, s. apophysitis tibiae, priklauso prie kaulų susirgimų grupės, vadinamos bendru osteochondropatijų vardu. Jis apibūdinamas kliniškais reiškiniais ir anatominiais pakitimais tuberositas tibiae srityje.

1903 metais, maždaug tuo pačiu laiku, nepriklausomi viens nuo antro, amerikietis chirurgas Bailey Osgood ir vokiečių chirurgas Carl Schlatter aprašė liguistus pakitimus blauzdikaulio gumburo (tuberositas tibiae) srityje, užtinkamus pas individus lytinio brendimo metu. Tiesą sakant, šitas susirgimas buvo žinomas kai kam jau XIX amž., tačiau pirmiau jis buvo nepakankamai išryškintas. 1878 m. Lanelong pirmas padarė pranešimą Paryžiaus chirurgų draugijoje apie blauzdikaulio apofizitą. Malgren, Hosselin irgi žinojo apie šitą

susirgimą dar prieš Schlatter'į ir traktavo jį, kaip gerybinį osteomyelitą (osteomyelit de la croissance). Tačiau tiktai Osgood'ui ir Schlatter'iui išsamiau paanalizavus, buvo atkreiptas reikiamas kitų dėmesys ir imtasi labiau juo domėtis. Pastaruoju metu tuo klausimu ypatingai domisi japonai, prisidėdami savo stebėjimais ir eksperimentais ligos kilmei išaiškinti (Nagura, Asado, Kato, Segikuši, Taširo).

Osgood-Schlatter'io susirgimas yra palyginti retas ir literatūroje aprašomi dažniausiai pavieniai jo atsitikimai. Šapiro ir Cipkin, peržiūrėję 1908—1933 metų literatūrą, kartu su savais 6 stebėjimais surinko 221 atsitikimą. Cole J. Niu - Jorko Ortopedinėje klinikoje laikotarpyje 1923—1933 metų rado 136 atsitikimus, iš kurių 24 stebėjo pats autorius. Japonai Segikuši ir Taširo surinko 50 atsitikimų. Reikia prileisti, kad šitas susirgimas yra dažnesnis, negu įprasta manyti, nes visų pirma ne visi šitie susirgimai diagnozuojami, o, be to, ne visi literatūroje skelbiami. Mūsų klinikoje per 1940 metų antrąjį pusmetį pasitaikė du atsitikimai, kuriuos galėjome stebėti, o prof. Kuzma savo pacientų tarpe trijų paskutinių metų laikotarpyje priskaičiuoja dar 5 jam žinomus atsitikimus, buvusius reikalingus vienokio ar kitokio gydymo.



1-oji rentgenograma.
Tuberositas tibiae dextrae srityje matomas ryškiais kontūrais židinys, kuriame guli mažo žirnio didumo apvalus kauliukas.

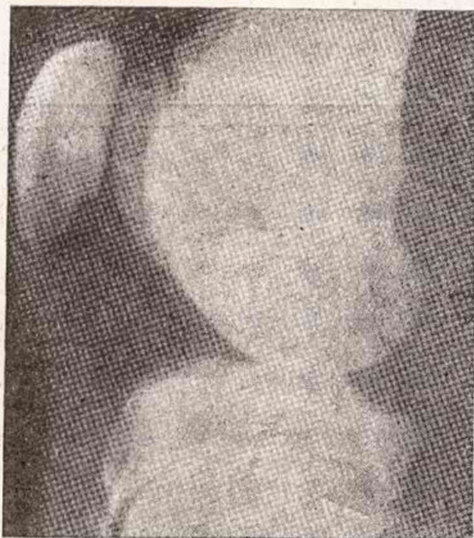
Čia duodamos mūsų atsitikimų ligos istorijos:

1. Ligonis P. K., 17 metų amžiaus, darbininkas. Skundžiasi skausmais dešiniosios kojos apatinėje kelio sąnario dalyje.

Anamnezė. Prieš 3 savaites, dirbdamas prie statybos, nešęs laiptais su kitu darbininku sunkų betoną. Belipant dešinioji koja paslydusi, pasisukdama į vidų ir tuo metu pajutęs skausmą, persiduodanti per visą blauzdą iki pat kelio. Bevaikščiojant sąnarys ėmęs skaudėti ir dabar tebeskaudąs, todėl negalįs ta koja tvirtai atsiremti. Dirbąs sunkų fizinį darbą. Pirmiau buvęs sveikas, jokiomis ligomis nesirgęs. Iš mažens žemiau dešiniojo kelio sąnario blauzdikaulis buvęs labiau atsikišęs, negu kairysis, bet pirmiau skausmų ligonis nejutęs.

St. spec. Tvirto kūno sudėjimo, raumeningas vaikinas. Dešinioji tuberositas tibiae labiau atsikišusi ir jos viršutinėje dalyje yra nedidelis patinimas, kame spaudžiant arba judinant galūnę, ligonis junta skausmus. Ligonis be rankų pagelbos nei atsitūpti, nei atsikelti dėl atsirandančių skausmų negali. Rachito reiškinių nėra. WaR negat. Kairiosios kojos skausmų nejunta ir objektyviai pakitimų joje nekonstatuota.

Dešiniojo blauzdikaulio rentgenogramoje matyti epifizinės linijos aukštumoje, tuberositas tibiae srityje, ryškiais kontūrais židinys, kuriame guli mažo žirnio didumo apvalus kauliukas. Kairiojo blauzdikaulio rentgenogramoje, apatinėje tubersositas tibiae srityje, yra osteoporozinis židinys pusės žirnio didumo. (Žiūr. 1 rentgenogramą).



2-oji rentgenograma.
Tuberositas tibiae srityje matomi osteoporoziniai židiniai ir nesukaulėjusios vietos.

2. Ligonis K. J., 12 metų amžiaus, pradžios mokyklos mokinys.

Anamnezė. Susirgo 1940 m. rugsėjo mėn. 12 d. (prieš tris mėnesius), lipdamas prie ežero laiptais, kurie buvo iš trijų laiptelių. Užkopęs ant aikštelės, staiga pajutęs skausmus kairiajame kelio sąnaryje žemiau girnelės, o po dviejų dienų ėmę skaudėti ir dešiniąją koją atitinkamoje vietoje. Nuo to laiko skausmus juntąs čia vienoje, čia antroje kojoje. Šiuo metu truputį daugiau skaudą kairiąją koją. Stovint arba

gulint skausmų ligonis nejuntąs, bet lenkiant per kelio sąnarius, skausmai ir vienoje ir antroje kojoje esą. Maždaug už mėnesio prieš susirgimą ligonis įsigijęs dviratį, kuris labai sunkus; juo ligonis daug važinėjęs. Rachitu nesirgęs. Pastaraisiais dvejais metais nepaprastai pradėjęs augti.

St. spec. Vidutinės mitybos, gana tvirto kūno sudėjimo berniukas. Ūgis 162 cm., sv. 54 kg. Objektyvūs simptomai tipiški Osgood-Schlatter'io susirgimui: abiejų pusių tuberositas tibiae atsikiša labiau, negu normalių individų. Dešinysis atsikišęs daugiau ir spaudžiant labiau skausmingas. Spaudžiant skausmai apofizių srityje. Lankstant kojas per kelio sąnarius skausmų nejunta, bet pats ligonis be rankų pagelbos nei atsitūpti, nei atsikelti del didelių skausmų negali. Abiejų blauzdikaulių rentgenogramoje matyti osteoporoziniai tuberositas tibiae srityje židiniai ir nesukaulėjusios vietos. (Žiūr. 2 rentgenogramą).

Osgood-Schlatter'io susirgimas yra gretinamas su kitais į jį panašiais kaulų sistemos susirgimais, k. a.: su Perthes'o susirgimu (osteochondritis coxae juvenilis), Köhler'o II (osteochondritis ossis metatarsi II, III s. IV), König'o (osteochronditis disscens), Köhler'o I (osteochondropathia ossis navicularis tarsi), Kienböck'o (osteochondropathia ossis lunati), Scheuermann'o (kyphosis adolescentium), Renander-Müller'o (malacia ossis sesamoidei I metatarsi) ir kt. Visi šitie susirgimai įvairių autorių įvairiai apibendrinami: osteochondritai, osteochondropatijos, osteoartritai, osteochondrolizės, osteochondrozės, epifizitai, epifizeonekrozės, lokalinės maliacijos, aseptinės epifizinės kaulinės nekrozės, nespecifiniai spongiozos susirgimai, malakopatijos, juvenilinės metaepifizinės distrofijos ir t. t. Nesigilindami per daug į žodžio prasmę, mes juos vadinsime, kaip ir dalis kitų autorių, osteochondropatijomis. Visi šitie susirgimai turi vieną bendrą bruožą — tat išimtinai kaulo spongiozos, esančios arti kremzlinio apdangalo, susirgimai. Paprastai suserga jauno amžiaus individai, turį dar nesubrendusią kaulų sistemą. Būdinga susirgimų lokalizacija tuo, kad jie ilguose kauluose lokalizuojasi išimtinai epi - bei apofizėse ir niekada nepaliečiamos diafizės. Osteochondropatijų kliniška eiga ir simptomai tarp savęs taip pat labai panašūs: anamnezėje dažnai figūruoja trauma, objektyviai — lokalizuoti skausmai, chroniška eiga; procesas baigiasi pasveikimu, po kurio lieka antrinio pobūdžio pakitimai. Tiktai osteochondritis dissecans atveju procesas dauguma atvejų baigiasi atskilimu laisvo kūno į sąnarinį tuštymą.

Tačiau analizuojant išryškėja atskirų osteochondropatijų skirtingi niuansai, kurių yra gana daug.

Iki šiol nėra vieningos nuomonės del osteochondropatijų susirgimo pobūdžio: vieni mano, kad tat lokalinis susirgimas, o antri, kad sisteminis. Už lokalinį susirgimą tartum taria anamnezėje dažnai figūruojančios traumos, kurių ignoruoti nėra jokio pagrindo. Neretai jos būna aiškiai lokalizuotos kaip tiktai toje vietoje, kur konstatuojamas susirgimas. Bet, antra vertus, negalima griežtai neigti, kad tat nėra sisteminis susirgimas,

nes neretai pasitaiko bilateralinis susirgimas, o kartais panašūs pakitimai randami pas tą patį individą keliose vietose ir maždaug tuo pačiu metu. Pažymėtina, kad analogiški osteochondropatijoms procesai pavieniais atsitikimais stebimi taip pat kituose skeleto kauluose, k. a., ryšiakaulyje, mentėje, šokikaulyje, girnelėje ir pan.

Yra daug teorijų, aiškinančių osteochondropatijų kilmę; visos jos net sunku būtų suminėti. Pasistengsime išvardyti tiktai vyraujančias.

Kappis'o trauminės genezės teorija. Kappis ir didelė stovykla kitų autorių yra tos nuomonės, kad osteochondropatijų pirminė priežastis esanti trauma. Osteochondropatijos esančios traumos išdava; ji galinti būti arba pavidalu netiesioginio irimo, arba ribotos impresinės fraktūros su neįprastomis pasveikimo išeitimis.

Axhausen'o mikotinės embolijos teorija. Ji yra priešpastatyta Kappis'o teorijai. Axhausen laiko pirmine osteochondropatijų priežastimi kraujagyslių stoką ant embolinio, dažnai mikotiškai - embolinio pagrindo. Pasak jo, susirgimo vietoje nerandama inflamacijos reiškinių del ypatingų biologinių priežasčių: silpnos virulencijos bakterijų, sukėlusių emboliją, organizmo staigaus infekcijos nugalėjimo ir pan. Axhausen sako, kad į insultą kaulai reaguoją reaktyviomis priemonėmis, kurios, apskritai paėmus, pasireiškia periostitu. Irimo ir atstatymo procesai priveda prie restitutio ad integrum. Gyvą kaulą nuo mirusio skiria ryški riba. Ir tik kaului nekrozavus, trauma sužadina pakitimus, kurių pasėkoje atsirandąs Perthes'o, Köhler'o, Kienböck'o, König'o, Osgood - Schlatter'io arba kitas kuris panašus susirgimas. Vadinasi, pasak Axhausen'o, del infekcinės embolijos atsirandanti spontaniška epifizės srityje nekrozė, o po to sekundariškai del traumos išsivystąs vieno ar kito susirgimo tipiškas vaizdas.

Šitos dvi teorijos yra vienodai populiarios, tačiau ir viena ir antra turi neaiškių spragų. Grynai trauminės genezės teorijos silpna vieta yra ta, kad gijimo eiga, palyginus su kitais skeleto trauminiais pakenkimais, osteochondropatijų atvejais yra skirtinga. Kodėl gijimo procesas vyksta nenormaliu keliu, trauminės genezės teorija nepaaiškina. Axhausen'o teorijos vertę numuša faktas, kurio ir pats autorius neneigia, kad esama embolinių atsitikimų, kliniškai nepastebimų ir vedančių prie visiško restitutio ad integrum. Be to, pakitimai paprastai randami tose vietose, kurios jau iš anksčiau buvo mechaniškai žalojamos, todėl negalima ekskliuduoti, kad trauma nėra pirminė priežastis. Vien embolija negalima paaiškinti likusių procesui pasibaigus pakitimų ir deformacijų, todėl pats Axhausen savo

teorijoje priverstas taip pat pripažinti traumą, kuri esanti pavidalu fiziologinės funkcijos, bet ją jis laiko sekundariniu elementu.

Pagal B l o c k'o teoriją, kuri yra viena iš jaunesniųjų, osteochondropatijos esančios nespecifiškas spongiozos susirgimas. Pakitusi spongioza, sekundariškai paveikta traumos, duoda nekrozę ir ją sekančias išdavas. Vadinasi, pasak B l o c k'o, kaulo nekrozė esanti ne susirgimo priežastis, bet pasėka. Autorius osteochondropatijų kilmę aiškina cheminių ir fizinių komponentų sumacija. Būtent, įvykus kaulo cheminės pusiausvyros sutrikimui, spongioza liekanti jautri fiziniams momentams, ir atvirkščiai, del spongiozos ypatingos struktūrinės architektonikos fizinė įtaka (traukimas, spaudimas, lenkimas ir pan.) galinti paveikti spongiozos kraujotaką, augimą bei medžiagos apykaitą, o tuo būdu ir kaulo cheminę pusiausvyrą, kuriai sutrikus atsiranda kaulo spongiozos pakitimai.

Daugiau šviesos į osteochondropatijų kilmės aiškinimą įneša japono prof. N a g u r a eksperimentai, paskelbti literatūroje prieš dvejus metus. Jam dirbtiniu būdu pavykę sukelti P e r t h e s'o susirgimas. Pasirėmęs šitais savo stebėjimais, autorius tikina, kad mažas ūmus šlaunikaulio galvutės kremzlės ir subchondrinės spongiozos sužalojimas, lygiai lokalizuota nestipri buka trauma duodą tuos pačius pakitimus, t. y. P e r t h e s'o ligos vaizdą. Tatai jis įrodo eksperimentais su jauna jūros kiaulyte, kuriai po lengvos buku zondu šlaunies kaulo galvutės traumos leidžiama toliau bėgioti. Kuriam laikui praslinkus, tokiai kiaulytei išsivystąs tipiškas P e r t h e s'o susirgimas. Išeidamas iš šitų savo tyrinėjimų, N a g u r a sako, kad osteochondropatijų priežastis esanti spaudimo arba traukimo trauma ir kūno svoriu apkrovimas. Patologiškų pakitimų eigą jis aiškina šitaip: del traumos įvykstanti laesio (1 irimas), jį sekąs atstatymas (1 atstatymas), toliau del nesiliaujančio kūno svorio spaudimo arba sąnario judinimo įvykstanti sekundarinė laesio (2 irimas), kurį vėl sekąs atstatymas (2 atstatymas). Šitą tipišką grandinę (1 irimas — 1 atstatymas — 2 irimas — 2 atstatymas...) autorius vadina „Nagura fenomenu". 2 irimas — 2 atstatymas galį kartotis kelis kartus ir vedą prie pasveikimo.

„N a g u r a fenomenu" autorius sakosi galima išaiškinti kilmė osteochondritis dissecans K ö n i g'o, P e r t h e s'o susirgimo, K ö h l e r'o II, šlaunikaulio galvutės formacijos po repozicijos luxationis coxae congenit., K i e n b ö c k'o lunatum malakijos, K ö h l e r'o I, R e n a n d e r - M ü l l e r'io sesamoidinio kauliuko malakijos, O s g o o d - S c h l a t t e r'i o, H a g l u n d'o apyphysitis calcanei.

Autorius nueina dar toliau. Jis tikina, kad tam tikrų judėjimo aparato vietų traukimu ir spaudimu galima paaiškinti ir visa eilė kitų susirgimų, k. a.: S c h e u e r m a n n'o kyphosis





juvenilis, Calvé's vertebra plana, van Nack'o osteochondritis ischiopubica, coxa vara infantum, juvenilis s. adolescentium, patella partita, protrusio acetabuli, juvenilinė spontaniška nekrozė šlaunikaulio galvutės ir pan. Nagura griežtai atmeta Axhausen'o primarinės aseptinės kaulų nekrozės teoriją, nes jo manymu tatai ne primarinis, bet sekundarinis procesas.

Kitos osteochondropatijų kilmę aiškinančios teorijos neįsigijo „pilietinių" teisių, nes nei kliniškai, nei anatomiškai jos nepasitvirtino. Paminėtinos šios teorijos: Alsberg'o uždegimo teorija, Bergemann'o rarefikuojančio ostito ir periostito, Matsuok'os sklaidos sutrikimo, van Nack'o tenocelulito, Fromme vėlyvo rachito, Calot'o vitaminų stokos, Schintz'o aseptinės nekrozės, endokrininių sutrikimų, padidėjusio jautrumo vegetacinės nervų sistemos, cirkuliacijos sutrikimo del neišaiškintų patologiškų pakitimų kraujogyslėse, reumatinė teorija.

Nepaisant teorijų gausumo, dauguma autorių vis tiktai laikosi tos nuomonės, kad osteochondropatijos apskritai, ir, konkrečiai imant, Osgood-Schlatter'io susirgimas, esąs traumos išdava. Ar vien tiktai trauma sukelia tuos pakitimus, dar neaišku. Reikia manyti, kad esama visos eilės dar kitų priežasčių, kurių sumacija duoda tipiškus pakitimus. Grynai trauma (ūmia, chroniška, tiesioginė, netiesioginė) sunku būtų paaiškinti kad ir Osgood - Schlatter'io susirgimo genezė, nes daug jaunuomenės žaidžia futbolą, važinėją dviračiu, kopia į kalnus, kitaip kaip sportuoja, daug kam iš jų tenka dirbti sunkus fizinis darbas ir vis tiktai retas kuris šito susirgimo yra paliečiamas. Vądinasi, be traumos, dar turi būti kažkas, kas padeda ligai atsirasti.

Ogood-Schlatter'io susirgimo histologiniame preparate dauguma autorių (Stracker, Asado ir Kato) randa šitokį vaizdą: pateliarinės sausgyslės prie blauzdikaulio prisitvirtinimo riboje daug kremzlinių narvelių su prasidedančiu kalkėjimu ir gausus kaulinių salelių su taisyklingais osteoblastų sluogsniais susidarymas; osteoklastų randama tik kurne-kur. Tiriant tokio pat amžiaus normalių individų pateliarinės sausgyslės prisitvirtinimo vietą, tarp sausgyslės galo ir kaulo sukalkėjimo zonos arba visai nerandama, arba, jeigu randama, tai ji labai siaura. Osgood - Schlatter'io susirgimui, pasak Stracker'io, kaip tiktai būdinga platesnė sukalkėjimo zona, kremzlinių narvelių padaugėjimas ir į pateliarinę sausgyslę cavum ossei kraujagyslių įaugimas. Vėlybam rachitui būdingų pakitimų — metaplazijos ir osteoidinio audinio padaugėjimo — nerandama. Taip pat histologiškai nerandama infekcijos reiškinių. Taigi, pakitimai, kurie randami Osgood-Shlatter'io susirgimo histologiniame preparate, yra artimi

audinių pakitimams, atsirandantiems chroniškos traumos atveju. Mūsų atsitikimu (1 lig.), ištyrus mikroskopiškai (dr. Mackevičiūtė - Lašienė), gautas toks atsakymas: plonos kaulo skeveldrėlės su storu hyalinizuotu periostu. Čiulpos fibroziškos.

Pereinant nagrinėti Osgood - Schlatter'io susirgimo kliniką, tenka visų pirma susipažinti su kaulėjimo procesu tuberositas tibiae srityje.

Galūnių kremzlinio skeleto kitimas kauliniu ir užbaigtos formos susidarymas galima suskirstyti trimis etapais:

1. Diafizinio sukaulėjimo etapas
2. Epifizinio „ „
3. Apofizinio „ „

Visiems tiems etapams galioja viena bendra taisyklė — labiausiai mechaninės jėgos veikiamos skeleto dalys anksčiausiai ima kaulėti. Apofizinio sukaulėjimo etapas yra paskutinis. Jo metu kaulas įsigyja jam būdingą pavidalą. Apofizinis sukaulėjimas, apskritai imant, vyksta antrame gyvenimo dešimtmetyje.

Tuberositas tibiae atsiradimas yra apofizinio sukaulėjimo išdava. Iki 1903 metų, t. y. Schlatter'io straipsnio pasirodymo, anatomai mažai domėjosi gumburo kilme ir sudėtimi. Buvo tiktai žinoma, kad vaikystės amžiuje (12-14) m.) iš proksimalinės epifizės išsivysto snapo pavidalo paplokščia atauga, einanti į priekį ir apačią. Šiuo metu, pasirėmus stebėjimo duomenimis, esama tos nuomonės, kad gumburo sukaulėjimo eiga nevienoda. Jis galįs kilti arba iš kaulinės ataugos epifizinio branduolio arba iš savarankiško branduolio. Paprastai snapo pavidalo ataugos viršūnėje būna vienas sukaulėjimo branduolys, kuris susilieja su branduoliu, išeinančiu iš epifizės. Sykį prasidėjęs gumburo srityje kaulėjimo procesas vyksta labai greit — maximum kelis mėnesius, todėl kaulėjimo eigos stebėjimas ir tyrimas yra pasunkėjęs.

Pasirėmęs keturiomis dešimtimis rentgenogramų, Porré mėgina atsakyti į klausimą, ar gumburo sukaulėjimas vykstąs iš epifizės pusės ir ar dalyvaująs tame apofizės branduolys. Jis prieina šias išvadas:

1. Gumburo sukaulėjimas prasidedąs 9—14 metų amžiuje.
2. Jis turįs mišrų pobūdį su vyraujančiu epifizės dalyvavimu.
3. Apofizė su epifize susiliejančios prieš apofizei su diafize susiliejant.
4. Tarp apofizės ir diafizės siauro arba plataus plyšio buvimas net vėlybame amžiuje nerodąs nieko patologiško.

Rieder yra tos nuomonės, kad vienais atvejais osifikacija vykstanti iš epifizės, antrais — išimtinai iš apofizės ir

pagaliau daugeliu atsitikimų ataugos išsivystymas turįs mišrų pobūdį — iš dalies iš apofizės branduolio (kartais net kelių branduolių) ir iš dalies iš epifizės branduolio.

Rentgenologinis Osgood - Schlatter'io susirgimo vaizdas gana įvairus ir ne tiek būdingas, kaip kad būna kitų osteochondropatijų atveju. Todėl šituo atveju rentgenograma diagnozei turi antrinės reikšmės. Pasak Reinberg'o, kliniškai ryškiai pasireiškęs susirgimas galįs duoti visiškai normalios rentgenogramos vaizdą ir kai kurie normalūs kaulėjimo variantai rentgenogramoje nieko nesiskirią nuo patologiškų. Tatai pareiną nuo dviejų priežasčių: viena, normalūs kaulėjimo procesai tuberositas tibiae srityje gana įvairūs ir, antra, procese dalyvaujanti ne tiktai kaulinė blauzdikaulio gumburo substancija, bet ir kremzlinė jos dalis. Pakanka pažvelgti į ryškų blauzdikaulio gumburo atsikišimą ir jis sulyginti su matomais rentgenogramoje menkais pakitimais kauliniame branduolyj tam, kad galėtume įsitikinti, jog procese tikrai dalyvaujanti ir kremzlė, kuri kintanti, bet tų pakitimų rentgenogramoje nematyti.

Kliniški reiškiniai labai tipiški. Susergama Osgood-Schlatter'io liga sukaulėjimo amžiuje (12—18 metų jaunuoliai). Disponuojančiai veikia gerai išsivysčiusi muskulatūra, todėl susirgimas dažniau paliečia berniukus ir ypač raumeningus. Pas daugumą ligonių figūruoja trauma. Tiesioginė trauma — smūgis į tuberositas — pasitaiko retai; dažniausiai būna netiesioginė trauma, susijusi su m. quadriceps femoris įtempimu. Būdinga, kad trauma pasižymi palyginti nedideliu intensyvumu. Kartais ji būna susijusi su raumenų įtempimu sportuojant. Iš pradžių skausmai būna maži ir tik ilgainiui padidėja. Skausmai lokalizuojasi blauzdikaulio gumburo srityje, ir jie būna beveik išimtinai vaikščiojant; juo daugiau vaikščiojama, tuo skausmai intensyvėja. Ypatingai skauda kelio sąnarį lenkiant ir lipant laiptais. Ramybėje skausmai išnykta. Tiriant mūsų abudu ligonius, teko stebėti šitokis simptomas: pritūpti ligonis negali — jam ima labiau skaudėti žemiau kelio sąnario; jeigu jis atsirėmęs rankomis į grindis pritupia, tai skausmų nejunta, bet nepajėgia iš tos padėties be rankų pagalbos atsikelti, nes keliantis skausmai vėl atsiranda. Jau pirmuoju tyrimo metu paprastai randamas ryškus, nenormalus blauzdikaulio apofizės atsikišimas ir toje vietoje nedidelis patinimas odai nepakitus. Pasak Riedel'io, skausminga vieta galima uždengti piršto viršūne ir ji guli 2,5 cm žemiau kinkduobės (fossae popliteae).

**Diagnozė.** Vien rentgenograma, kuri turi būti daroma iš profilio, diagnozė negali remtis (ką jau pats Schlatter yra pažymėjęs), nes Palugyay rado visą eilę Osgood-Schlatter'io atsitikimų, kada esant teigiamiems kliniškiems

reiškiniams rentgenogramoje nebuvo pakitimų ir atvirkščiai. Rentgenograma tik duoda pagrindą diferencijuoti su tbc ir chroniškuoju osteomyelitu. Svarbiausia diagnozei amžius, subjektyvūs nusiskundimai ir skausmingas taškas, lokalizavęsis tipiškoje vietoje.

Diferencijuoti tenka su tbc, chronišku osteomyelitu, fibroziniu ostitu, lues'u, abruptio tuberositatis tibiae.

**Gydymas.** Kiek del etiologijos nuomonės labai skiriasi, tiek del terapijos maždaug visi sutaria. Pagrinde konservatyvi terapija: ramybė, šilima, rezorbtyvinės priemonės, elastingi bintai, imobilizacija, bendras kūno stiprinimas, kvarco lempa. Reliatyvi indikacija operacijai išeina iš patyrimo, kad pasveikimo laikas po chirurginės intervencijos užtrunka žymiai trumpiau, negu taikant konservatyvų gydymą. Pvz., H o f f m a n n rado, kad, taikant konservatyvią terapiją, susirgimas užtrunka vidutiniškai 5 mėnesius, o taikant operatyvią — 1—2 mėnesius.

Operacija daroma, kai:

1. Per 2—3 metus nematyti nuo konservatyvios terapijos pagerėjimo.

2. Esant pastoviems atkakliems skausmams, sukeliantiems ryškų funkcijos susilpnėjimą.

Operacija daroma šiuo būdu: išilginiu pjūviu pro pateliarinę sausgyslę tuberositas tibiae srityje pašalinama proceso paliesta vieta. Apie porą savaičių ligonis guli, o po to leidžiama vaikščioti. D a l i t a l a siūlo į sužalotą vietą įkalti kaulinį pleištą.

Kai kas (B r a n d e s, B o z s a n, T h o m a s) šitą susirgimą gydo pusiau operatyviomis priemonėmis, būtent padarius skausmingoje vietoje inciziją, elektriniu grąžtu pragręžiamas proceso paliestas gumburas 2—3 vietose įvairiomis kryptimis. Po šitos intervencijos nuo sudirginimo įvykstąs greitas pasveikimas.

## I š v a d o s.

Reziumuojant tenka pasakyti, kad:

1. O s g o o d - S c h l a t t e r'io susirgimas yra brendimo amžiuje, ir, mūsų patyrimu, dažniau berniukų susirgimas.

2. Susirgimo kilmėje vaidina vaidmenį trauma.

3. Vien rentgenogramos diagnozei nepakanka.

4. Diagnozė remiasi tipiškais simptomais: lokalizuoti tuberositas tibiae srityje skausmai, ryškus gumburo atsikišimas, skausmai pritupiant etc.

5. Gydymo pagrindan, jei tat yra reikalinga, padėta konservatyvi terapija; eventualiai operacija išgijimui pagreitinti.

## LITERATŪRA.


1. Block, W.: Zur Pathogenese unspezifischer Spongiosaerkrankungen der Knochen. „Archiv f. Kl. Chirurg." 174 t. 172—206 psl. (1933).
2. Bozsan, E. J. ir Thomas, J. O'Kane: Treatment of Osgood-Schlatter disease with drill channels. „J. Bone Surg." 16 t. 290—297 psl. (1934). Santrauka „Ztr. Org. f. Chir." 68 t. 526 psl.
3. Brocher, J. E. W.: Apophysite tibiale antérieure „guérie". „Paris méd." 1933 II, 214—216 psl.
4. Cole, James P.: A study of Osgood - Schlatter disease „Surg. etc." 65 t. 55—67 psl. (1937). Santrauka „Ztr. Org. f. Chir." 85 t. 447 psl.
5. Confalonieri, D.: Le malattie di Perthes e di Osgood-Schlatter dal punto di vista della diagnosi differenziale con la tbc articulare „Policlinico Sez. prat." 1934, 1211—1216 psl. Santrauka „Ztr. Org. f. Chir." 70 t. 76 psl.
6. Elward, J.: Bilateral Osgood - Schlatter's disease „Radiology" 26 t. 630—632 psl. (1936).
7. Giuliani, Giovanni: Malattie scheletriche della crescenza. „Chirurg. Org. Movim." 17 t. 105—127 p. (1932). Santrauka „Ztr. Org. f. Chir." 60 t. 502 psl.
8. Kirschner - Nordmann: Die Chirurgie 1923 m. II 2 t. 1283 psl.
9. Lanz T. ir Wachsmuth W.: Praktische Anatomie III t. 27 psl. (1938).
10. Lugones, C. ir F. Martinez Còrdoba: Umschriebene Knochenerweichungen „Semana méd." 1937 II, 649—663 psl. Santrauka „Ztr. Org. f. Chir." 86 t., 583 psl.
11. Nagura, S.: Eine weiterer Beitrag zur Entstehung der Perthes'schen Krankheit „Zentralblatt f. Chir." 1938. 1707 psl.
12. Sieglbauer, F.: Lehrbuch der normalen Anatomie des Menschen. (1940).
13. Stracker, O.: Zur Histologie der Schlatterschen Erkrankung „Ztr. Org. orthop. Chir." 58 t. 242—256 psl.
14. Сытенко, М.: Дистрофические процессы в костях и суставах. „Орто пед. и травмат." 9 t. 9-24 psl. (1935).
15. Шапиро М. ir Цыпкин Б.: Клиника эпифизеонекрозов и апофизитов. Гиз. Бел. (1935.).
16. Taft, R.: Osgood - Schlatter's disease „Radiology" 12 t. 414—418 psl. (1929).


## Автореферат.


Речь идет о заболевании Осгут-Шлаттера. В нашей новой университетской клинике за последнее полугодие были два случая этого заболевания. Обсуждаются история, патогенез, клиническая картина и лечение болезни. На основании данных своих и наблюдений других авторов можно сделать следующие выводы:

1. Болезнь Осгут-Шлаттера поражает чаще всего юношей мужского пола во время полового развития.

2. В этиологии болезни играет роль травма.

3. Диагноз не может быть установлен лишь рентгенограммой, снимаемой только в профиль.

4. Для этой болезни характерны следующие симптомы: местные боли в области tuberositas tibiae, ясное очертание бугристости большеберцовой кости, боли садясь на корточки и. т. п.

5. Для лечения этой болезни, применяется консервативная терапия; event., операция для ускорения исцеления.

## Zusammenfassung.

Es handelt sich um die Osgood - Schlatters Krankheit. In unserer Universitätsklinik im Laufe des letzten Halbjahres waren 2 Fälle dieser Erkrankung. Es wird die Geschichte, Pathogenese, klinisches Bild und Krankheitsbehandlung besprochen. Auf Grund der Literatur und seiner eigenen Erfahrungen ist es möglich zum folgenden Schlusse zu kommen:

1. Osgood-Schlattre'sche Krankheit am öftersten kommt bei Jünglingen zur Zeit der Pubertät vor.
2. In der Krankheitsätiologie spielt das Trauma eine wesentliche Rolle.
3. Die Diagnose kann nicht gestellt werden mit Hilfe eines Röntgenogramms, das nur im Profil gemacht wird.
4. Für diese Erkrankung sind folgende Symptome charakteristisch: örtliche Schmerzen in der Gegend der tuberositas tibiae, deutliche Höckerigkeit der tibia usw.
5. Die Behandlung besteht in der konservativen Therapie; zur Beschleunigung der Behandlung event. eine Operation.

---

*Gyd. T. Šiurkus.*

# Kaukolės sužalojimo klausimu.

(Iš K. Un-to I Chirurginės klinikos. Vedėjas — prof. V. Kuzma)

Kaukolės lūžimai sporto traumatologijoje retai tepasitaiko, bet pramonėje gana dažnai ir kartais gana sunkūs, net gi bazės lūžimai su pavojingais cerebriniais reiškiniais.

1-oji lentelė.

| Sužalojimo priežastys | Frontal. | Parietal. | Temporal. | K. bazė. | Okcipit. | Iš viso | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Kritimai .... | 12 | 7 | 4 | 6 | 1 | 29 | 18,59 |
| 2. Smūgiai akmenimis .... | 4 | 3 | 4 | — | 1 | 12 | 7,69 |
| 3. Smūgiai basliais ir kt. įrank. ...... | 25 | 14 | 11 | 7 | — | 57 | 36,54 |
| 4. Dvirač. ir auto ...... | 9 | 2 | 3 | 9 | — | 23 | 14,74 |
| 5. Plėšikų sužeista ...... | — | 1 | 2 | — | — | 3 | 1,92 |
| 6. Arklių sužeista ...... | 8 | 7 | 3 | 7 | — | 25 | 16,00 |
| 7. Šaunamaisiais įrankiais .... | 1 | 1 | 6 | — | — | 8 | 5,10 |
| Iš viso | 57 | 35 | 33 | 29 | 2 | 156 | 100,00 |
| % | 36,54 | 22,44 | 21,15 | 18,59 | 1,28 | 100,00 | |

Kirschner'io statistikos duomenimis 28% visų kaukolės sužalojimų pasitaiko dėl susisiekimo nelaimių.

Mūsų klinikoje per paskutinius ketverius metus (1936—1939) buvo 156 įvairaus sunkumo ir įvairiomis priemonėmis padaryti kaukolės sužalojimai.

Iš pirmosios lentelės matome, kad daugiausia kaukolės lūžimų duoda įvairios muštynės basliais, akmenimis ir kitais įrankiais. Arkliai kiek rečiau sužaloja, negu smūgiai basliais. Dviračių ir auto katastrofos dar mažiau. Pagal kaukolių sužalojimo lokalizaciją, kaip matyti iš antrosios lentelės, daugiausia nukenčia frontalinė kaukolės dalis, ypač muštynėse basliais. Toliau eina parietalinė ir temporalinė dalys, o kaukolės bazė — ketvirtoje vietoje. Mažiausiai nuo baslių nukenčia okcipitalinė dalis. Pagal sužalojimo mechanizmą ir lokalizaciją kritimai paliečia daugiausia parietalinę ir frontalinę dalis. Šaunamieji įrankiai daugiausia žaloja temporalinę sritį. Pagal lytis ir lokalizaciją kaukolės sužalojimai skirstomi šitaip:

2-oji lentelė.

| Sritis | Vyrai | % | moterys | % | mirė | % | iš viso | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Frontalinė | 44 | 28,16 | 13 | 8,42 | 6 | | 57 | 36,54 |
| 2. Parietalinė | 31 | 19,94 | 4 | 2,56 | 8 | | 35 | 22,44 |
| 3. Temporalinė | 31 | 19,94 | 2 | 1,28 | 5 | | 33 | 21,15 |
| 4. Kauk. bazė | 23 | 14,82 | 6 | 3,84 | 12 | | 29 | 18,59 |
| 5. Okcipitalinė | 1 | 0,74 | 1 | 0,74 | 1 | | 2 | 1,28 |
| | 130 | 83,35 | 26 | 16,65 | 32 | 20,51 | 156 | 100,0 |

Tuo būdu matome, kad kaukolės sužalojimai vyrams pasitaiko apie keturis kartus dažniau, negu moterims, ir ypatingai jauniems vyrams (žiūr. 3 lentelę); aukščiausias sužalojimo punktas yra tarp 20—30 metų amžiaus. Po 40 metų smarkiai krinta, nes muštynėse ir dėl susisiekimo nelaimių suaugesni vyrai mažiau nukenčia.

3-ioji lentelė.

| Amžius | 1-5 | 6-10 | 11-15 | 16-20 | 21-25 | 26-30 | 31-35 | 36-40 | 41-45 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Skaičius | 10 | 9 | 7 | 14 | 30 | 27 | 21 | 15 | 3 |
| % | 6,41 | 5,77 | 4,49 | 8,98 | 19,23 | 17,31 | 13,47 | 9,61 | 1,92 |

| Amžius | 46-50 | 51-55 | 56-60 | 61-65 | 66-70 | 71-75 | 76-80 | be metų | Iš viso |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Skaičius | 3 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 156 |
| % | 1,92 | 1,28 | 2,56 | 0,74 | 0,74 | 0,74 | 0,74 | 4,49 | 100,00 |

### Kaukolės sužalojimų diagnostika.

Kaukolės lūžimus visuomet lydi sunkesnio ar lengvesnio laipsnio smegenų sužalojimo reiškiniai, todėl visų uždarų kaukolės sužalojimų atvejais prognozė pareina ne tiek nuo kaulų sužeidimų, kiek nuo kaukolės turinio sužeidimo (B ö h l e r, K u z m a).

Galvos sužalojimų klinikiško vaizdo pagrindą sudaro commotio, contusio ir compressio cerebri. Tarp commotio ir contusio cerebri kliniškai griežtų ribų nustatyti negalima, yra tik kiekybinis perėjimas. Pasak K r a l'io, mažo laipsnio contusio nevisada galima atskirti nuo commotio cerebri, kuris yra funkcionalus, reversibilinis sutrikimas (M a r b u r g, R e i c h e r t), neduodąs patologo - anatominių pakitimų, o jeigu jų yra, tai jau nebe grynas commotio. Kartais iš commotio cerebri išsirūtuliuoja smegenų pastovūs sutrikimai — laesio cerebri. Commotio cerebri paliečia vidurinius, tarpinius ir pailguosius smeggenis, kartais net viršutinius kaklo (K r a l), todėl įvyksta vazomotorų sutrikimas: venae portae išsiplėtimas, smegenų anemija, pulso ir kraujospūdžio svyravimas, šilimos reguliacijos sisutrikimas, kraujo vaizdo pakitimas (eozinofilija ir limfocitozėzė), kartais net reversibilinis vyziukų sutrikimas. Jei traumaststipriai paveikia pailgąsias smegenis, tai gali sukelti jų sudirgirginimą, kas kliniškai pasireiškia pulso suretėjimu, o kartais del ststipraus sudirginimo gali įvykti jų paralyžius — pulsas sumažėžėja ir pagaliau pranyksta.

Kartais kaukolę sužalojus mirtis įvyksta per pirmąsias 24 val. (. (žiūr. 4 lentelę):

4-oji l e n t e l ė.

| | Per 24 valand. | Per 2 paras | Per 3 paras | Per 5 paras | Per 7 paras | Per 9 paras | Per 15 parų | Iš viso |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mirčirčių skaičius | 18 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 1 | 32 |
| % | 56,25 | 9,36 | 6,24 | 12,28 | 6,24 | 6,24 | 3,12 | 100,00 |

Kaip matome iš 4 lentelės, iš 32 mirties atsitikimų 18 asmenunų mirė per 24 valandas (56,25%), 4 — per 5 paras, iš jų 2 del n meningito, 1 del išsivysčiusio encefalito. Per 7 paras 2 mirė mmeningitu, per 9 paras taip pat 2 meningitu, per 15 parų vienanas encefalitu. Taigi, daugiau kaip pusė visų mirčių del kaukukolės sužalojimo įvyksta per pirmąsias 24 valandas.

Pasak Beren s'o ir Jacoborici, 60% visų mirčių po kaukolės sužalojimo įvykstą per pirmąsias 24 valandas, o pasak Lenormat'o, 60—80%. Staigi mirtis po kaukolės sužalojimo įvykstą del smegenų sužeidimo, ypač jų svarbiųjų centrų, kaip medulla oblongata. Labai didelį vaidmenį šituo atveju vaidina vazomotorų sutrikimas. Wanke mano, kad smegenų sužeidimas sukeliąs bendrinį kraujo apytakos sutrikimą. Lenormat, eksperimentuodamas su gyvuliais, pastebėjo, kad po kaukolės trauminių sužalojimų įvykstanti spazmiška kraujo indų kontrakcija, kuri sukelianti smegenų anemiją ir likvor'o hipotensiją, o po to kraujo indai atsipalaiduoją ir susidaranti hiperemija ir smegenų oedema. Po 7 dienų mirtis del kaukolės sužalojimo retai beįvykstanti, pasak Kartavovos, tik 1% del infekcijos (meningito). Dažniausiai tat pasitaiko kaukolės bazei lūžus, nes čia lūžimas paliečia paranazalines daubas su chroniško uždegimo procesais.

Kaukolės sužalojimų, ypač jos bazės, atvejais, kur paliečiami paranazaliniai urvai, mirtingumas būna labai didelis (žiūr. 5 lentelę):

5-oji lentelė.

(Pagal Remer Andreesen'ą).

| | Bendras mirtingumas |
|---|---|
| Kirschner | 26% |
| Canors | 28% |
| Jacoborici | 26,6% |
| Mauritz | 17,5% |
| Torhildsen | 26% |
| Mūsų klinikos | 20,51% |
| | Del kaukolės bazės |
| Voss | 20,5% |
| Zaliard | 31,0% |
| Kartavova | 66% |
| Mūsų klin. | 41,38% |

Šviežiais kaukolės sužalojimo atsitikimais Böhler rentgenogramų nedaro, nes fisūros ir impresijos, pasak jo, lengvai apčiuopiamos. Be to, fisūros nesudarančios jokių komplikacijų. Jei skausmai pasilieka ilgesnį laiką, tai tat pareiną nuo trauminių smegenų pakenkimų. Kiti autoriai (Jaeger) galvos sužalojimo ir net commotio cerebri atvejais pataria keliomis kryptimis padaryti galvos rentgenogramas. To griežtai prisilaiko ir mūsų klinika.

Kaukolės sužalojimo atvejais labai svarbus simptomas yra padidėjęs intrakraninis spaudimas del intrakraninio kraujavimo ar del likvoro cirkuliacijos sutrikimo. Kartais pasitaiko,

kad, lūžus pneumatiškiems kaulams, oras susirenka kaukolės viduje (pneumacephalus) ekstra - ar intraduraliai, ar net ventrikuliariai, kaip kad mes turėjome vieną atsitikimą, kur ligonis visai pasveiko. B e r n e r'io stebėjimais pneumacephalus paprastai susidarąs po kelių dienų ir nuo to pakyląs spaudimas. K i l i a n iš literatūros yra surinkęs 110 atsitikimų pneumacephalus, kur mirtingumas siekiąs 26%. Jei spaudimas po kaukolės sužalojimo pakyla del likvoro cirkuliacijos sutrikimo, tuomet, įleidus izotoniško druskos tirpalo, spaudimas krinta ir krinta proporcingai įleistajam izotoniškojo druskos tirpalo kiekiui.

Sąmonės netekimas po kaukolės sužalojimų būna nevienodai ilgas. H e l l n e r'io stebėjimais iš 58 kaukolės sužalojimų sąmonės buvo netekę daugiau kaip 24 valandas 18 asmenų.

Mūsų klinikoje sąmonės atgavimas nurodytas 6 lentelėje:

6-oji l e n t e l ė.

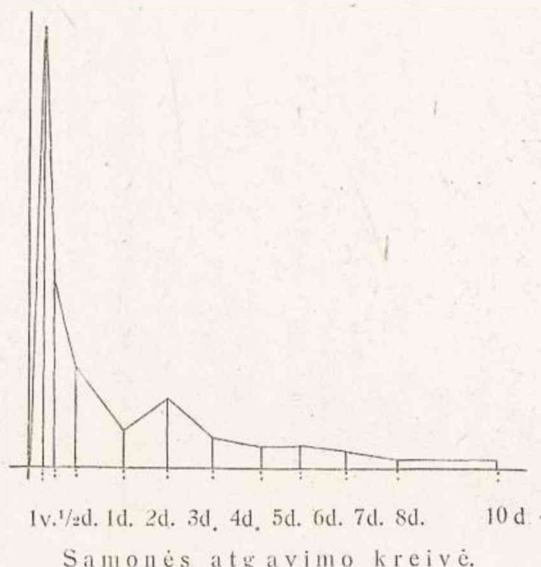
| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Sąmonė | grįžo | po kelių minučių | 15 |
| 2. | „ | „ | per 1 valandą | 61 |
| 3. | „ | „ | per 12 valandų | 25 |
| 4. | „ | „ | per 1 parą | 18 |
| 5. | „ | „ | per 2 paras | 7 |
| 6. | „ | „ | per 3 paras | 12 |
| 7. | „ | „ | per 4 paras | 5 |
| 8. | „ | „ | per 5 paras | 4 |
| 9. | „ | „ | per 6 paras | 4 |
| 10. | „ | „ | per 7 paras | 3 |
| 11. | „ | „ | per 8 paras | 1 |
| 12. | „ | „ | per 10—11 parų | 1 |

Šeštoji lentelė atvaizduota žemiau dedamoje kreivėje: horizontalinėje ašyje laikas, vertikalinėje — ligonių skaičius. (Žiūr. kreivę).

### Kaukolės bazės lūžimai.

Ypatingai pavojingi ir gausūs savo komplikacijomis yra kaukolės bazės lūžimai, kurių atvejais iš ausies, burnos ir nosies visuomet teka kraujas (V o s s, K i r s c h n e r). Kadangi plyšyje dažnai dalyvauja ir vidurinė ausis, tai kaukolės bazei lūžus pavojai yra dideli, nes iš paranazalinių daubų ir ausies landos patenka infekcija, todėl labai daug yra galimumų meningitams bei smegenų abscesams susidaryti. R e i n g e r g pastebėjo iš 94 kaukolės bazės lūžimų 8 meningito atsitikimus,

kur daugiausia rado rinogeninę infekciją. Pasak B ö h l e r'io, kaukolės bazės lūžimai daugiausia pasitaiką vidurinėje dalyje, rečiau priekinėje duobėje ir rečiausiai užpakalinėje. Esant lūžimui vidurinėje kaukolės duobėje, dažnai nukenčia piramidė, kurios skersinis lūžimas (V e r f) esąs linkęs blogai vėliau suaugti, iš to susidaro daug galimumų vėlybai infekcijai iš vidurinės ausies įsibrauti. Kartais gali praeiti net 15 metų nuo traumos iki susirgimo meningitu.




S ą m o n ė s a t g a v i m o k r e i v ė.

Daugelis kaukolės bazės lūžimų būna vidurinėje duobėje, kur paliečia vidurinę ausį ir facialinio nervo kanalą, daugumą atsitikimų nukenčia ir ausies būgnelis. V o s s yra pastebėjęs, kad 32% kraujuoja iš ausies. Piramidei lūžus skersai, būgnelis nepaliečiamas, bet nukenčia vestibulinis aparatas, todėl skersinis lūžimas dažnai apkurtina, sutrikdo pusiausvyrą ir paralyžiuoja facialinį nervą. Kartais pasitaiko kombinuotas piramidės lūžimas: išilginis ir skersinis; tuomet nukenčia ne tik būgnelis, bet ir vestibulinis aparatas. Pasak K u r t'o, del vidurinės ausies sužalojimo būnąs tik apykurtumas, o del labirinto — visiškas kurtumas.

Skersiniai piramidės lužimai G ü n b u r g'o apskaičiavimu duodą 50% facialinio nervo paralyžių, todėl kaukolės bazės lūžimas turįs ypatingos svarbos, nes dažnai nukenčia rega, klausa, uoslė. Pasak H e l l n e r'i o, sužalojami šie nervai (žiūr. 7 lent.):

7-oji lentelė.

| | |
|---|---|
| 1. N. olfactorius | 8% |
| 2. N. hypoglossus | 9% |
| 3. N. abducens | 10% |
| 4. N. opticus | 10% |
| 5. N. facialis | 40% |
| 6. N. acusticus | 40% |
| 7. N. oculomotorius | labai retai |
| 8. N. trigeminus | |
| 9. N. trochlearis | |

Kaukolės bazės lūžimai pasižymi ne tik savo komplikacijomis, bet ir dideliu mirtingumo procentu. Kellermann turėjo 93 kaukolės bazės lūžimus, nuo kurių mirė 49, pirmomis dienomis — 40. Vėliau mirė 9 meningitu. Iš išgijusių 33 turėjo lūžimą vidurinėje kaukolės duobėje. Kellermann šitą lūžimo lokalizaciją laiko prognozės atžvilgiu geriausia. Kartovavos statistikos duomenimis mirtingumas kaukolės bazės lūžimų atvejais siekė net 66% (žiūr. 6-ąją lent.), o pasak Böhler'io statistiką, iš 131 kaukolės bazės lūžimo 26 mirė del smegenų sužeidimo ir 1 meningitu, patekus infekcijai per fisūrą iš etmoidinio tuštymo. Mūsų klinikoje iš 156 kaukolės lūžimų 29 atvejais buvo bazės lūžimai, nuo kurių 12 mirė, kas sudaro 41,38% (žiūr. 3 ir 6 lent.). Iš 29 kaukolės bazės lūžimų 17 pasveiko, 4 iš jų turėjo facialinių nervų paralyžių (23,52%). Vienu atveju nukentėjo akis — sumažėjo rega, o 7 atvejais ausis — radosi kurtumas. Buvo 3 meningito atsitikimai, mirė 1. Iš to galima spręsti, kaip yra pavojingi žmogaus sveikatai ir gyvybei kaukolės bazės lūžimai.

Po kaukolės sužeidimų svarbu yra išsamiai ištirti visas ligonio organizmas. Tiriant cerebrobulbinius nervus reikia nepamiršti skonio ir uoslės nervų, nes, kaukolės bazei lūžus, dažnai nukenčiančios skonis ir uoslė (Mauss, Marenholz). Jei po kaukolės sužalojimo nukenčia uoslė, tai sunkus sužeidimas, kuris reikia diferencijuoti su atrofišku rinitu. Be to, reikia nepamiršti patikrinti akių, kurios dažnai nukenčia kaukolės bazės sužalojimo atvejais: sutrinka rega, akių judesiai ir vyziukų inervacija. Labai svarbu ištirti klausa ir vestibulinis aparatas, nes, skersinei piramidei lūžus, pastarasis nukenčia, del to pusiausvyra sutrinka, o kartais įvyksta apkurtimas ir facialinių nervų paralyžius.

Po kaukolės bazės lūžimų reikia, kiek galima greičiau, ištirti ausys, nosis ir pusiausvyros aparatas (Böhler).

Traumiškas vazomotorų sutrikimas (pulsas, kraujospūdžio svyravimas, prakaitavimas) dažnai būna sunku atskirti nuo konstitucinių ir psichogeninių tos pačios rūšies reiškinių.

Po buvusio kaukolės sužeidimo labai yra svarbu ištirti likvoras (Mauss, Reichmann), kad galėtume patikrinti, ar yra padidėjęs intrakraninis spaudimas. Taip pat yra svarbu nustatyti baltymų kiekis likvore, nes baltymų padaugėjimas rodo, kad kaukolės viduje yra netvarka, tik reikia išskirti kiti netraumatiško pobūdžio organiški susirgimai. Dažnai trauminio smegenų sužalojimo pasėkos mėgsta progresuoti. Pasak Weiler'io, žmonės po smegenų traumos daug greičiau senstą.

### Vaikų kaukolės sužalojimai.

Vaikų kaukolės sužalojimai daugiausia pasitaiko įvairių katastrofų metu, ypač didmiesčiuose per auto katastrofas gatvėse. Mirtingumas palyginti su suaugusiais būna mažas, nors pradžioje po traumos ir būna gana sunkus stovis: aphasia, hemiplegia — kas greit praeina dažniausiai be pasėkų. Mūsų klinikoje iš 156 sužeistųjų 19 buvo vaikų iki 10 metų amžiaus (4 lent.), mirė tik 4. Palyginus vaikų mirtingumą su suaugusiais, matyti, kad suaugusiųjų mirtingumas yra beveik du kartu didesnis.

### Penetruojantys kaukolių sužalojimai.

Smegenų apvalkalų sužalojimai pasitaiko ir paprastų kaukolės sužalojimų atvejais. Sužalojus dura mater, kartais trūksta ir art. meningea media, sukeldama didelius kraujavimus, susidaro ekstraduralinė haematoma, kuri kartais gali duoti tumor'o simptomus. Kontuzijų atvejais dažnai būna kraujavimai į minkštuosius apvalkalus ir, kraujui rezorbavusis, susidaro randai, kurie sutrukdo kraujo ir likvoro apytaką ir sukelia nuolatinius galvos skaudėjimus ir kitus cerebrinius reiškinius.

Penetruojančių kaukolės sužalojimų atvejais gresia prolapso pavojus, o infekcijai patekus — meningitis, encephalitis purulenta bei meningo - encephalitis ir smegenų abscesai. Penetruojančių kaukolės lūžimų likimas pareina nuo greitos chirurginės intervencijos ir nuo smegenų sužalojimo laipsnio (Böhler). Heymann mano, kad aseptiškas smegenų ir jų apvalkalų susiuvimas yra daug svarbesnis, negu išorinių dalių. Penetruojančių kaukolės sužalojimų atvejais prof. V. Kuzma infekcijos profilaktikai rekomenduoja, nukirpus plaukus ir nuskutus žaizdos pakraščius, aptepti 5% t-ra jodi, o žaizdą aptverti urotropinuotais tvarčiais, iki sužeistasis pasieks ligoninę. Mūsų medžiagoje iš 156 atsitikimų buvo tik dvi atviros kaukolės fraktūros, kurios abi baigėsi letaliai.

Pirmas atsitikimas. Ligos istorijos 1171 nr. (1937 m.), liečia 3 metų mergaitę, kuri po trauminių galvos sužeidimų išbuvo namie 10 dienų su nedidele pūliuojančia žaizdele galvoje, be sąmonės; tėvai pastebėjo,

kad mergaitė apako ir tuomet atvežė į ligoninę su meningoencefalito reiškiniais, su kuriais dar išgyveno 10 dienų.

Antras atsitikimas. Ligos istorija 2440 nr. (1938 m.), 18 metų jaunuolis atvežtas į kliniką, tik 1 parai praėjus po galvos traumos su smegenų prolapsu, ir po 12 valandų mirė.

Prie penetruojančių kaukolės sužalojimų priklauso ir šaunamaisiais įrankiais padarytieji. Mūsų medžiagoje buvo 8 atsitikimai, iš kurių 5 baigėsi letaliai: 3 mirė pirmą parą, 1 — penktą, 1 — šeštą. Vadinasi, iš 8 mirė 5 (62,5%). Trys ligoniai pasveiko, iš kurių dviem atvejais kulka į kaukolę nebuvo patekusi, o trečiu atveju kulka buvo kaukolėje:

Ligos istorijos 665 nr. (1937 m.). J. J., 39 metų amžiaus, atvyko į kliniką vasario 7 dieną. Prieš mėnesį gavo šūvį į kaktą ir gulėjo pusę valandos be sąmonės. Rentgenogramoje matoma kulka dešinėje frontalinėje smegenų dalyje. Atidarius kiaušą rasta smegenų abscesas, bet kulkos nepasisekė rasti; pašalinta daug smulkių kauliukų skeveldrėlių.

X. 3 d. ligonis kiek pagerėjo ir išvažiavo namo. Po metų pacientas atvyko į kliniką patikrinti sveikatos. Del buvusio šūvio į galvą nesiskundžia; jaučiąsis gerai, kaip ir prieš šūvį. Padarius rentgenogramą, kiaušo viduje dešiniojoje frontalinėje pusėje buvo rasta kulka. Patarta uždengti kiaušo defektas ir pašalinti kulką, bet ligonis nesutiko ir išvažiavo namo su kulka smegenyse gerai jausdamasis. Dabar į anketą atsakė, kad esąs visai sveikas ir jaučiąsis labai gerai, kaip ir prieš šūvį.

Iš aprašytojo pavyzdžio matome, kaip kartais gali žmogus gyventi ir su kulka smegenyse, neturėdamas jokių sutrikimų. Kellermann'o statistikos duomenimis iš 15 atsitikimų del šūvio į galvą mirę visi.

## Meningitai po kaukolės sužalojimo.

Pagal Küttner'į aiškaus trauminio meningito vaizdo beveik niekuomet nematome, nes beveik niekuomet nebūna jis grynas, įsimaišo smegenų sužalojimo simptomai. Trauminis meningitas pasižymi greita eiga ir dažnai baigiasi mirtimi. Trauminis meningitas yra minkštųjų smegenų apvalkalų uždegimas kaukolę sužeidus. Infekcija į smegenų apvalkalus patenka trimis keliais — per kontaktą, limfiniu ir hematogeniniu keliu. Kontaktinis kelias dažniausiai pasitaiko kaukolės dėžės sužalojimo atvejais, nepaisant, kuriuo būdu tas sužalojimas buvo padarytas. Kaukolės bazės lūžimo atsitikimais infekcija patenka į smegenų apvalkalus iš paranazinių urvų, kur dažnai būna chroniško uždegimo procesai. Po traumos infekcija, patekusi į smegenų apvalkalus, turi gerą dirvą bakterijoms veistis. Paprastai meningitai išsivysto pirmomis po traumos dienomis, kartais po dviejų savaičių ir net po mėnesio. Frank aprašė vieną atsitikimą, kur, 17 metų praėjus po traumos, išsivystęs smegenų abscesas.

8-oji lentelė.

| Sužalojimo sritis | Frontalinė | Parietalinė | Temporalinė | Bazė | Okcipitalinė | Iš viso |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Meningitas ............ | 8 | 4 | 1 | 3 | 1 | 17 |
| Mirė del meningito ..... | 6 | 3 | — | 2 | 1 | 12 |

Trauminių meningitų su kaukolės lūžimu prognozė quo ad vitam yra labai rimta. Pasak Kronlein'o statistikos, mirtingumas nuo trauminių meningitų siekią 80%. Mūsų klinikoje iš 156 kaukolės sužalojimų 17-kai ligonių išsivystė trauminis meningitas (žiūr. 8 lent.); 12 iš jų mirė (70,5%). Be to, du ligoniai išsirašė labai silpni, dabar į anketas neatsakė, tad reikia manyti, kad jie padidino mirtingumo procentą iki 82,35%. Prognozė pareina nuo bendro organizmo stovio ir nuo infekcijos rūšies. Stafilokokinis meningitas duoda geresnę prognozę, o streptokokinis ir pneumokokinis gana blogą. Vulliet statistikos duomenimis potrauminis meningitas daugiausia pasitaiko del streptokokų ar pneumokokų infekcijos, o stafilokokai labai retai tesukelia trauminį meningitą. Vulliet tuo ir pagrindžia didelį trauminio meningito mirtingumą. Verf profilaktiškai, be antitetaninio serumo, pataria vartoti antistreptokokinį serumą. Be to, kaip antisepticum trauminio meningito ir kaukolės sužalojimo atvejais, plačiai visur yra vartojamas urotropinas, kuris geriausiai tinka taikyti intra venam.

## Gydymas.

Kaukolės sužeidimų atvejais, nėsant aiškių ekstraduralinės hematomos simptomų, gydymas yra konservatyvus, simtominis. Verf trauminio meningito profilaktikai rekomenduoja serumus. Esant stipriems galvos skausmams su motoriniu neramumu skiriami narkotikai, tik be morfio, ir ledai ant galvos. Kraujavimas iš nosies ir ausų tamponados pagalba nesulaikomas ir netaikytinas, dedamas tik sterilus tvartis (Böhler); po 4 savaičių ausis išplaujama. Mūsų klinikoje vengiama ir vėlybų ausų plovimų, tik krešuliai mechaniškai pašalinti.

Jaeger sako, kad svarbu rentgenologiškai ištirti kaukolės sužalojimo atvejais, ką Böhler atmeta. Svarbu ligonis stebėti, kraujospūdis, pulsas, kvėpavimas ir temperatūra sekti dedant ant galvos ledus ir darant lumbalines punkcijas,

kai del intrakraninio spaudimo pakilimo didėja bradikardija. Intrakraniniam spaudimui sumažinti kai kurie autoriai (V e r f, K e l l e r m a n n, H a n k e) vartoja dehidraciją hipertoniško tirpalo pagalba. Tam tikslui vartoja 50% gliukozę tris — keturis kartus per dieną po 50—100,0 intra venam; o kiti autoriai rekomenduoja hipertonišką druskos tirpalą. L e n o r m a t gavęs gan gerų rezultatų, vartodamas magnezijos sulfatą per rectum. Be dehidracijos, hipertoniško tirpalo pagalba yra naudojama lumbalinė punkcija. V e r f pataria su lumbaline punkciją būti atsargiems pirmomis po traumos valandomis ir net dienomis, o vėliau jos esančios labai naudingos. Ypatingų pakenkimų po lumbalinių punkcijų nepastebėta.

Pastovus intrakraninio spaudimo sumažėjimas galima pasiekti tik padarius kaukolės trepanaciją. M a g n u s nesiskubina daryti kaukolės trepanaciją: stebi, seka ir laukia 48 v., t. y. optimalinių trepanacijai sąlygų, kad nepadidėtų mirtingumo procentas. Be to, labai svarbu tokie momentai, kaip transportas, kuris yra gana pavojingas sužeistajam (K u z m a). Neoperuotieji su kaukolės sužalojimais daug lengviau pakelia transportą, negu operuotieji, kas praktikoje labai svarbu, ypač karo metu. Pagal V e r f'ą, esant impresijai, reikia tuojau pakelti kaulas nelaukiant optimalinių sąlygų. Bet B ö h l e r yra priešingas V e r f'o nuomonei: jei, esant impresinėms fraktūroms, nebūna paralyžiaus reiškinių, tai nesą reikalo skubintis su skeveldrų pakėlimu; o esant šitiems arba atviriems kaukolių lūžimams, reikalinga kogreičiausia chirurginė intervencija. Į kaukolę sužeistiesiems aktyvi terapija taikoma tik tais atvejais, kur ji galima atlikti iki galo (Z e g e von M a n t e u f e l).

Mūsų surinktoje medžiagoje buvo 21 skeveldrinis ir impresinis kaukolės sužalojimas; visi ligoniai buvo operuoti; 6 iš jų mirė, 3 iš mirusiųjų po operacijos turėjo meningitą. Iš pasveikusiųjų po operacijos (15) 10 buvo operuoti pirmą — antrą dieną po sužalojimo, 4 — praėjus dešimčiai dvidešimčiai dienų, 2 — net keleriems metams del trauminės epilepsijos.

Ligos istorijos 1287 nr. O. B., 21 metų amžiaus, atvyko į kliniką 1936 IV. 6 d. del pastaruoju laiku nuolat pasikartojančių epilepsinių priepuolių. Prieš 11 metų buvusi galvos trauma, po kurios buvęs konservatyviai gydytas vienoje ligoninėje. Po traumos keliems mėnesiams praėjus, pasirodę epilepsiniai priepuoliai, kurie iš pradžių pasitaikydavę tik kelis kartus per metus. Po 4 metų užsigavęs alkūnę ir nuo to laiko epilepsiniai priepuoliai pradėję kartotis kas 2—3 savaitės. Dabar, padarius trepanaciją buvusio kaukolės lūžimo vietoje, epilepsiniai priepuoliai pranyko, ir ligonis jaučiasi gerai.

Intrakraniniam spaudimui sumažinti mūsų klinikoje vartojamos lumbalinės punkcijos, ypač tais atvejais, kai spaudimas būna didelis, lydimas vėmimo ir bradikardijos, 40% urotropinas po 10,0 ir ledas ant galvos. Jei po vienos lumbalinės punkcijos intrakraninis spaudimas su savo reiškiniais nema-

žėdavo ir net nerodydavo tendencijos mažėti, tuomet jos budavo kartojamos. Intra venam visuomet yra naudojamas 40% urotropinas po 10,0 ir ledas ant galvos hiperemijai ir skausmams mažinti. Be to, intrakraniniam spaudimui sumažinti daroma smegenų dehidracija hipertonišku 50% gliukozės tirpalu arba hipertonišku 10% valgomosios druskos tirpalu, leidžiant tuos tirpalus intra venam. Teigiamų rezultatų duoda ir klizma su magnezijos sulfatu.

## Kaukolės sužalojimo pasėkos.

Visais sunkesnių galvos traumų atvejais būna commotio cerebri reiškinių. Jei traumos simptomai greit neišnyksta, tai rodo, kad yra didesnis smegenų substancijos pakenkimas. Ūminei stadijai praėjus, del organiško smegenų pakenkimo pasilieka vadinamasai pokomocinis sindromas: galvos skausmai, sukimasis, susidirginimas, vėmimas, vyziukų oedema, ypatingai prislėgta nuotaika ir sąmonės pritemimas. Be to, gali būti vietiniai simptomai ir traukuliai. Commotio cerebri, kaip funkcinis, reversibilinis sutrikimas dažnai praeina be pasėkų, tik iš pradžių būna vegetacinės nervų sistemos sutrikimas, apatija, bendro nuovargio jausmas, vazomotoriški reiškiniai, pulso labiliškumas, nemiga, galvos skausmai ir silpnumo jausmas (G o l d s t e i n, S c h n i t z). Per ½—1 metus visi šitie reiškiniai dažniausiai praeina, bet seniems individams lieka daug ilgiau, kartais net iki 2 metų. Alkoholikams ir arteriosklerozikams po galvos traumos dažnai ne tik nepraeina minėti reiškiniai, bet gali išsivystyti progresuojanti demencija.

Contusio cerebri duoda daug blogesnę prognozę, bet kartais gali būti ir reversibilinis procesas, nes maži kraujo išsiliejimai gali greitai rezorbuotis nepalikdami pėdsakų. Vaikų kaukolės sužalojimai duoda daug sunkesnius pradinius reiškinius, negu suaugusių, bet greičiau ir praeina. Be to, vaikams po centrinės nervų sistemos sužalojimo dažnai pasitaiko atskirų kūno dalių augimo sutrikimų.

Galvos skausmų padidėjimas atliekant judesius (pvz., lankstantis) kalba už organišką smegenų pakenkimą. Pasak S t r a u s s'o, skausmų padidėjimas šilimoje irgi rodąs organišką pakenkimą. Po kontuzijų kartais būna pastovus svorio kritimas del medžiagų apykaitos centro sutrikimo. Daug rečiau pasitaikąs cerebrinis ar hipofizinis suriebėjimas po trauminško vegetacinių centrų pakenkimo (S c h u m a c h e r, F o r s b e r g). Prie vegetacinių sutrikimų priklausą potrauminiai seksualinių funkcijų sutrikimai (S t i e r). Patologo - anatomiškai randame progresuojančius randinius (glijų) pakitimus sužeidimo vietoje ir bendrus ar vietinius atrofiškus procesus (H e n s c h e n).

Po kaukolės, ypač jos bazės, sužalojimo gana dažnai būna meningitai, kurie užpakalinėje kaukolės · duobėje ypatingai mėgsta palikti didelio laipsnio sulipimus, kas labai trukdo iš ketvirtojo skilvelio likvorui nutekėti, ir del to būna nuolatiniai galvos skaudėjimai, o kartais del padidėjusio spaudimo išsivysto hydrocephalus. Buka galvos trauma taip pat gali palikti smegenų apvalkalų sulipimus (meningitis adhaesiva), o ypatingai, jei buvo bent mažiausias kurioje nors kaukolės dalyje įsprogimas. Kraujo išsiliejimai po kontuzijos, kaip corpus alienum, dirginą apvalkalus ir sukelią meningitis adhaesivą (B i e m o n d), kurio simptomatologija labai įvairi: židininiai simptomai, nervų sužeidimai, spaudimo simptomai, skilvelių deformavimasis del susidariusių randų, ką įrodė F o e r s t e r ir P e n f i e l d su encefalo - ir ventrikulografijos pagalba.

Vienas iš aktualiausių nūdienės medicinos klausimų yra navikų problema, nes, nepaisant didelės mokslo pažangos, navikų, ypač piktybinių, sukėlėjas iki šiol tebėra nežinomas, nors ir yra daug įvairių teorijų. Taigi navikų etiologija dar gana tamsi. Pastaruoju laiku plačiai yra gvildenamas sąsyjis tarp traumos ir navikų augimo, kaip etiologinis momentas. V i r c h o w'o yra pastebėta, kad navikai reliatyviai dažnai pasitaiką ten, kur yra buvusi trauma. P h e r s o n 1844 m. pas Bengalijos gyventojus rado karcinomą randuose po buvusio sumušimo, o 1835 m. H o w k i n s aprašė atsitikimus, kur piktybinis navikas išaugo jūrininkams randuose irgi po buvusio sumušimo. Vėliau buvo pastebėti navikai randuose po nudegimo. Ypatingai ryškiai tat matyti smegenų navikų (gliomų) augimo atvejais po smegenų sužalojimo. H ü b s c h m a n n sako, kad chroniško uždegimo procesai audiniuose po buvusios traumos galį ilgainiui virsti navikais. Jei buvo contusio cerebri, tai susidarą anatominiai pakitimai, kurie dažnai duoda randus, ir iš jų po tam tikro laiko galįs išsivystyti navikas. Tuo tarpu beveik absoliučiai nėra pagrindo laukti, kad po commotio cerebri galėtų išsivystyti smegenų navikas. Kai del smegenų naviko eigos pablogėjimo po traumos, pasak S c h ö n b a u e r'o, tai tat pat galima pasakyti, ką ir apie visus kitus navikus. O p p e n h e i m ir T h i e m labai skeptiškai žiūri į traumos ir smegenų naviko sąsyjį. Tik S t a r r aiškina, kad dažnai pasitaiką vaikų smegenėlių (cerebellum) navikai del nuolatinių galvos, o ypač pakaušio srities, užgavimų. N e u b u r g e r rado 3 gliomas iš 21-no karo metu peršautojo. E i s e l b e r g'o stebėjimais po galvos traumos galinti išsivystyti smegenų cista; o R e i c h e r t turėjo atsitikimą, kur, 12 m. praėjus po kritimo ant galvos, išsivysčiusi endotelioma. M e n d e l aiškina, kad tik tam tikrai dispozicijai esant galįs išsivystyti smegenų navikas, po galvos traumos, jei traumos ir naviko lokalizacija sutampa.

Schönbauer iš 138 smegenų navikų atsitikimų 20 kartų (14,49%) rado, kad tai esanti traumos pasėka. Iš minėtų atsitikimų 16 buvo didžiųjų, o tik 4 mažųjų smegenų navikai. Prof. V. Kuzma keletą kartų pastebėjęs traumos buvimą smegenų navikų etiologijoje.

Mūsų klinikoje iš 156 asmenų, gulėjusių su kaukolės sužalojimais, 32 mirė, 124 grįžo namo. Norėdami patikrinti pasveikusiųjų ligonių dabartinį sveikatos stovį, kreipėmės į juos su anketomis, kad praneštų apie savo sveikatą, nes objektyviai patikrinti nėra galimumo. Pasiųstos 124 anketos, bet atsakymų gauta tik 53. Nusiskundimai sugrupuoti į 10 dalių.

| Eil. nr. | Iš viso | Frontal. | Parietal. | Temporal. | Kauk. baz. | Okcipit. | NUSISKUNDIMAI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 7 | 4 Vienas buvo peršautas | 2 | — | — | 1 | Visi septyni pareiškė esą sveiki ir peršautasis su kulka smegenyse jaučiasi, kaip ir prieš peršov. (ž. lig. ist. 665 nr. iš 1937 m., jau anksčiau suminėtą). |
| 2 | 4 | 1 | — | 1 | 2 | — | Visai nedarbingi del bendro silpnumo ir galvos svaigimo. |
| 3 | 12 | 4 | 3 | 3 | 1 | 1 | Greit nuvargstą, kiek padirbėję jaučią bendrą silpnumą, greit susijaudiną, esąs nuotaikos ir ūpo labiliškumas. |
| 4 | 10 | 3 | 5 | 2 | — | — | Jaučią nuolatinius ar nuolat pasikartojančius galvos skausmus, svaigimą. |
| 5 | 6 | 2 | 1 | 3 | — | — | Jaučią galvos svaigimą, kai tenka dirbti pasilenkus. |
| 6 | 4 | — | 3 | 1 | — | — | Skundžiasi epilepsiniais priepuoliais. |
| 7 | 1 | — | 1 | — | — | — | Skundžiasi nuolat iš vietos į vietą vaikščiojančiais skausmais ir rankų, ypač jų pirštų, tirpimu, kas labai kenkia darbui. |
| 8 | 5 | — | — | — | 5 | — | Klausos sutrikimu ir galvos ūžimu. |
| 9 | 1 | — | — | — | 1 | — | Mažai matąs dešiniąja akimi, matymas mažėjąs. |
| 10 | 3 | — | — | — | 3 | — | Skundžiasi facialinio nervo paralyžiais. |
| Iš viso | 53 | 14 | 15 | 10 | 12 | 2 | |

Kaip matome iš aukščiau dedamos schemos, septyni (13,21%) iš 53 jaučiąsi gerai, esą visai darbingi. Tuo tarpu 4 (7,54%) esą absoliučiai nedarbingi, o likusieji su įvairiais trūkumais, negalavimais. Keturius (7,54%) laiks nuo laiko kankiną epilepsiniai priepuoliai. Vienam pacientui po buvusio parietalinio kaulo lūžimo, grįžusiam iš ligoninės, po pusės metų atsiradę nestiprūs epilepsiniai traukuliai, kurie pradžioje kartojęsi kas 3—4 savaitės, vėliau stiprėję ir dažnėję. Dabar pacientas norįs gydytis, kadangi nuolat pasikartoją priepuoliai kliudą darbui. Kitam pacientui epilepsiniai traukuliai atsiradę po dviejų mėnesių ir, keletą kartų pasikartoję, pranykę. Dabar jau antri metai priepuoliai nebesikartoją.

Paprastai trauminė epilepsija išsivysto pirmaisiais metais, po galvos traumos būna kartais ir vėliau. Sąsyjui tarp galvos traumos ir epilepsijos nustatyti svarbu: 1) Išaiškinti, kad tikrai trauma buvo ir kada. 2) Laiko tarpas tarp buvusios galvos traumos ir epilepsijos pasireiškimo negali būti didesnis kaip vieneri metai. Daugumas autorių tam intervalui skiria ne daugiau kaip du — tris mėnesius (Singer). 3) Sukeliančios epilepsiją ligos turi būti ekskliuduotos. 4) Pagal Reichard'ą traumos lokalizacija turi atitikti epilepsijos simptomus.

## Išvados.

1. Kaukolės sužalojimai, ypatingai jos bazės, yra pavojingi sveikatai ir gyvybei, nes būna didelis mirtingumas, be to, yra gausūs savo komplikacijomis.
2. Kaukolės sužalojimų atvejais labai svarbu, kaip ir visų kitų sužeidimų atvejais infekcijos profilaktika, kad nesusidarytų komplikacijų del infekcijos patekimo.
3. Gydant kaukolės sužeidimus ypatingai yra svarbu sužeistasis akylai ir visapusiškai kliniškai ištirti.
4. Kadangi kaukolės sužalojimų atvejais dažna komplikacija būna meningitas, tai labai svarbu profilaktika meningitų, kurių mirtingumo procentas labai didelis, nepaisant gydymo būdų.
5. Kaukolės sužalojimai ne tik duoda didelį mirtingumo procentą, bet dar pasižymi blogomis sužalojimo pasėkomis, nes daug sužeistųjų lieka invalidais visą savo gyvenimą.

## LITERATŪRA.

2. L. Böhler: Knochenbruchbehandlung. 2 d.
5. Demel: Diagnostik chirurg. Erkrankung. 1938.
4. Danson: „Zentralorgan f. gesamte Chirurgie". 99 t., 2 sąs.
3. Brofeldt: „Zentralorgan f. gesamte Chir." 1940. ref.
1. Bier, Braun, Kümmel: Chirurg. Operationslehre.
6. Fischer, Molikeus: Handbuch der ärztlichen Begutachtung.
7. Forsten: „Zentralorgan f. gesamte Chirurgie" 1940 7 H.

8. Hanke: „Zentralorgan f. gesamte Chirurgie" 1940. I. 17.
9. S. Kellermann: „Zentralorgan f. gesamte Chirurgie" 1940 ref.
10. Kirschner - Nordmann: Chirurgie.
11. Kral: „Med. klin." 1935.
12. V. Kuzma: „Medicina", 1935. 8 nr., I Chirurgų suvažiavimo pranešimai.
13. Reichardt: „H. f. Unfall. h. h." 44.
14. Schönbauer: Hirnchirurgie. 1933.
15. Strauss: Handbuch der ärztlichen Begutachtung.

### По вопросу о повреждениях черепа.

В I-ой Каунасской хирургической клинике втечение последних четырех лет было на излечении 156 случаев переломов черепа, из коих 44,23% относятся к переломам черепа, нанесенным во время драки палками, камнями и др. предметами, и 30,7%, происшедших при передвижении на автомобиле, велосипеде и езде на лошадях.

Чаще всего была повреждена лобная часть черепа, а реже всего — затылочная.

Повреждение черепа у мужчин было в 4 раза чаще, чем у женщин; из мужчин наибольшее количество переломов черепа падает на возрасть от 20 до 30 лет.

Повреждение черепа всегда вызывало мозговые явления. Потеря сознания почти в половине всех случаев продолжалось не больше 1 часа, в нескольких случаях — 5—6 суток и в одном случае — 10 суток. Из 156 больных умерло 32, из коих 18 умерло втечение первых 24 часов, один — спустя 15 суток от энцефалита, а остальные — втечение нескольких суток. Общая смертность от повреждений черепа в нашей клинике = 20,51%, а смертность от повреждения основания черепа = 41,38%.

Менингит развился в 17 случаях, из коих умерло 12 (70,35%). Причислив к умершим от менингита еще 2 слабых больных, от которых не получено ответа на анкету, получится процент смертности до 82,35%. Из 8 случаев огнестрельных повреждений черепа умерло 5, а выздоровело 3 (у одного из них осталась пуля в правой лобной части мозга; и этот больной вполне работоспособен).

Из 124 больных, выздоровевших после повреждения черепа, на нашу анкету ответило 53, жалобы коих сгруппированы следующим образом:

1) 7 — совсем здоровы, 2) 4 — вовсе не работоспособны, 3) 12 — жалуются на быструю утомляемость и плохое настроение, 4) 10 — жалуются на постоянные головокружения, 5) 6 — жалуются на головокружения во время работы, 6) 4 — жалуются на эпилептические припадки, 7) 1 — жалуется на онемение конечностей, 8) 5 — жалуются на плохой слух и шум в ушах, 9) 1 — жалуется на плохое зрение правого глаза и 10) 3 — имеют паралич n. facialis.

### ÜBER DIE SCHÄDELSVERLETZUNGEN.

In unserer Klinik waren im Laufe von 4 Jahren 156 Schädelsbrüche, von diesen 40,23% sind Folgen einer Schlägerei (Stöcke, Steine u. a. Gegenstände). 30,14% der Schädelsbrüche sind Folgen von Verkehrsunfällen, wie Auto, Fahrrad und Pferden. Nach Kirschners Angaben sind 28% aller Schädelsverletzungen Folge von verschiedenen Verkehrsunfällen.

Meistens leidet der frontale Knochen des Schädels und am wenigstens der occipitale.

Die Männer bekamen dieses Trauma 4-mal öfters als die Frauen, besonders junge Männer. Die grösste Zahl der Schädelsverletzungen trifft bei Männern das Alter zwischen 20—30 Jahre.

Die Schädelsverletzungen werden stets von cerebralen Erscheinungen begleitet. Die Bewusstlosigkeit nach dem Schädelbruch dauert verschieden lang. In unserer Klinik kehrte das Bewusstsein während einer Stunde beinahe bei der Hälfte aller Kranken. Bei einigen kehrte das Bewusstsein im Laufe von 5—6 Tagen und bei einem Kranken nach 10

Tagen. Von allen 156 Schädelsverletzungen starben 32. Von denen starben 18 während der ersten 24 Stunden, einer nach 15 Tagen von Encephalitis. Alle andern starben im Laufe von einigen Tagen. Die allgemeine Sterblichkeit bei der Schädelsverletzung ist in unserer Klinik 20,51% und 41,38% bei Schädelsbasisfractur. 11 Fälle der Schädelsverletzung erkrankten an Meningitis; von dieser Zahl starben 12 (d. h. 70,35%). Zwei von diesen Kranken verlassen die Klinik in einem sehr schwachen Zustande. Die von uns an diesen 2 Kranken ausgesandte Ankete wurde nicht beantwortet. Wenn diese 2 Fälle als gestorben zu betrachten ist, so wird die Sterblichkeit die Ziffer 82,25% erreichen.

Aus 8 Kopfschussverletzungsfällen starben 5, 3 wurden gesund. Seit 4 Jahren trägt einer aus diesen 3 die Kugel im rechten frontalen Gehirnteile und fühlt sich arbeitsam.

Um den Zustand der 124 Gesunden nachzuprüfen, haben wir an alle eine Ankete gesandt.

53 von diesen Anketen wurden beantwortet. Die Beantwortungen teilen wir in folgende 10 Kategorien:

1) 7 fühlen sich gesund;
2) 4 sind arbeitsunfähig;
3) 12 werden schnell müde und haben schlechte Laune;
4) 10 haben stets Kopfschwindel;
5) 6 haben Kopfschwindel während der Arbeit;
6) 4 haben epileptische Anfälle;
7) Einer leidet an Gefühllosigkeit der Füsse und Hände;
8) 5 hören schlecht und es rauscht der Kopf;
9) Einer hat ein geringes Sehen des rechten Auges;
10) 3 leiden an der Lähmung des n. facialis.

---

*Gyd. J. Fridmanas.*

# Vaikų osteomyelitis colli femoris haematogenica klausimu.

(Iš Kauno Un-to I Chirurginės klinikos. Vedėjas prof. d-ras V. Kuzma).

Nors osteomyelito problema yra sena, tačiau ir šiandien literatūroje dažnai nagrinėjama, nes ir dar ligi šiol nėra vienodos pažiūros jo patogenezės ir terapijos klausimu.

Per palyginti trumpą laiką mūsų I Chirurginėje klinikoje buvo 4 sunkūs vaikų osteomyelitis colli femoris atsitikimai, kurie beveik visi panašūs savo ligos pradžia, bet labai skirtingi ligos eiga ir del to jų gydymas buvo skirtingas, individualus.

Savo šefo prof. V. Kuzmos paragintas, aprašysiu šituos sunkius atsitikimus ir padarysiu kai kurias išvadas.

I atsitikimas.

Ligonė Marija D., 9 metų amžiaus. Ligos istorijos 2315 nr., 1940 m.
Diagnozė: Osteomyelitis colli femoris.

Anamnezė. Atvyko į kliniką 1940. IX. 10 d., skųsdamasi dideliais skausmais deš. klubo sąnaryje ir apat. pilvo dalyje. Serganti jau apie savaitę laiko. Liga prasidėjusi staiga. Pasak motinos, nuėjusi į mokyklą sveika, o grįžusi šlubuodama. T° iš ryto 37°C, vakarais 40°C. Po kelių dienų visai negalėjusi paeiti, visa koja sutinusi ir atsiradę šalčio krėtimai. Vėmusi.

St. praesens. Išblyškusi, su cyanoziniu atspalviu. Šešėliai aplink akis. Veido oda lupasi. Liežuvis sausas. Širdies ribos — normalios. Tachycardia. Plaučiuose perkutuojant ir auskultuojant patologiškų pakitimų nepastebėta. Pilvas minkštas, neišsipūtęs. Palpuojant skausmingas deš. kirkšnyje. Ingvinalinės liaukos padidėjusios. Dešinioji apatinė galūnė kiek sulenkta klubo ir kelio sąnariuose. Viršutinis šlaunies trečdalis sustorėjęs. Oda įtempta ir skausminga. Aktyvūs ir pasyvūs galūnės judesiai aprėžti ir skausmingi.

Laboratoriniai tyrimai: Šlapimų lyginamasis svoris 1026, baltymų pėdsakai, šiaip nieko ypatingo.

Morfolog. kraujo tyrimas: Hb. — 61%, eritrocitų 3.100.000, leukocitų 14.700.

Schilling'o formulė: baz. — 0, eoz. — 0, lazd. — 14, segm. 68, limf. — 12, mon. — 6. Raudonųjų kraujo kūnelių nusėdimas pagal Westergreen'ą: 1 val. 90 mm., 2 val. 160 mm.

IX. 15 d. Savijauta bloga. Temperatūra sepsinė. Iš ryto 37,8°C, vakare — 40°C.

IX. 18—20 d. Stovis nepakitęs. Iš medikamentų gauna prontosilio, alkoholio 30% į veną ir cardiaca.

Rentgeno nuotrauka: Osteomyelitis colli femoris. Epiphysiolysis. (Žiūr. 1 rentgenogramą).

IX. 21 d. Palpuojant išoriniame šlaunies paviršiuje, viršut. trečdalyje, oda įtempta, jaučiama fliuktuacija. Pradūrus, išėjo pūliai. Padaryta gili incizija, išleista daug skystų pūlių.

IX. 25 d. Nepaisant pūlių išleidimo, t° sepsinė. Vakarais t° kiek žemesnė: 37—38,5°C. Nusistatyta operuoti.



1-oji rentgenograma.
1940 m. IX. 20 d. padarytoje lig-ės M. D. rentgeno nuotraukoje matoma: Osteomyelitis colli femoris; epiphysiolysis.

IX. 26 d. Operacija. Eterio bendrinėje narkozėje trochanter srityje padarytas 5 cm. ilgio pjūvis. Prieitas acetabulum, galvutė pašalinta, kaklelis kiek nuvalytas ir trochanter įstatytas į acetabulum. Maksimalinės abdukcijos padėtyje koja gipsiniu tvarčiu fiksuota.

IX. 28 d. T° krito iki 37,4°C. Savijauta geresnė. Apetitas geresnis. Išgulėjusi 25 dienas, išrašyta namo su gipsu. Patarta atvykti pasirodyti po 3 mėnesių.

(Žiūr. 2 rentgenogramą, gautą 1940 m. XII. 7 d.).



2-oji rentgenograma.

1940. XII. 7 d. padarytoje lig-ės M. D. rentgeno nuotraukoje matomas po operacijos proceso pagerėjimas.

II atsitikimas.

Ligonis Al. L., 12 metų amžiaus. Ligos istorijos 3654 nr., 1940 m. Įstojo į kliniką 1940. IX. 25 d.

Diagnozė: Osteomyelitis colli femoris; pericarditis; polyserositis.

Anamnezė. Sergąs 3 savaites. Liga prasidėjusi staiga skausmais kair. blauzdoje ir kair. kelio srityje, aukšta temperatūra, negalavimu, vėmimu. Po 6—8 dienų blauzda labai sutinusi; rytojaus rytą sutinusi ir kair. šlaunis, atsiradę skausmai kair. kirkšnies srityje ir pilve. Anksčiau ligonis nebuvęs kojos nei susižeidęs, nei įsidūręs. Kadangi gydytojo vaistai nepadėję, atvykęs į kliniką.

St. praesens. Taisyklingo kūno sudėjimo, vidut. mitybos. Išblyškęs, maža cyanozė.

Krūtinės ir kraujo apytakos organai: kair. krūtinės pusėje didelis paduslėjimas; širdies tonai duslūs; tvinksnis minkštas ir pagreitėjęs, 130.

Kvėpuojamieji organai: apat. plaučių dalyse pavieni sausi karkalai; pilvas minkštas, neišsipūtęs, palpuojant apat. dalyje skausmingas; kepenys išeina iš po arcus costarum per 3 pirštus.

Galūnės: Kair. apatinė galūnė labai patinusi; sutinimas apima visą šlaunį ir ⅔ blauzdos; aktyvūs ir pasyvūs judesiai aprėžti ir skausmingi; didelis skausmingumas žemiau lig. inguinale.

Laboratoriniai tyrimai. Šlapimų lygin. svoris 1028, baltymų — pėdsakai. Mikroskopiškai — daug leukocitų, pavieniai eritrocitai. Kraujo Hb. 55%, eritrocitų 3.400.000, leukocitų 14.000. Schilling'o formulė: myel. — 1, jaun. — 1, lazdel. 12, segm. — 52, limf. — 28, monoc. — 6. Toksinė granuliacija. Raudonųjų kūnelių nusėdimas pagal Westergreen'ą: 1 val. — 67 mm., 2 val. — 115 mm.

X. 2 d. Punctio pericardii — pūlingas skystimas. Ištyrus V. Higienos institute bakteriologiškai, rastas staphylococcus aureus. Savijauta bloga, pasunkėjęs kvėpavimas. Tvinksnis pagreitėjęs ir blogai prisipildęs. Iš medikamentų gauna prontosilio, alkoholio, cardiaca.

X. 3 d. Šlaunies rentgeno nuotrauka: Osteomyelitis femoris (sąnarys neišėjo).

X. 10 d. Pastebėta klubų asimetrija. Kairioji koja palyginti su dešiniąja yra trumpesnė, addukuota ir rotuota į vidų.

X. 12 d. Klubo sąnario rentgeno nuotrauka: Osteomyelitis colli femoris et luxatio pathologica coxae. (Žiūr. 3 rentgenogramą).

X. 13 d. Alsavimas paviršutiniškas, pasunkėjęs. Paduslėjimas apatinėje kairiųjų plaučių dalyje. Punctio pleurae — 300 ccm nepūlingo



3-ioji rentgenograma.
1940 m. X. 12 d. padarytoje lig-io Al. L. rentgeno nuotraukoje matoma: Osteomyelitis colli femoris et luxatio pathologica coxae.

skystimo. Išoriniame viršutiniame šlaunies paviršiuje oda įtempta, fliuktuacija. Incisio — pūliai.

X. 15 d. Kair. koja sutinusi, kiekvienas palietimas skausmingas. Nesveikos kojos extensio leukoplastu.

X. 25 d. Dešiniojo žasto viršutiniame trečdalyje atsirado skausmingas sutinimas. Punktuojant pūlių nerasta. Iš šlaunies pūliuoja. Apetitas blogas.

XI. 5 d. Kojų, rankų, scroti ir pilvo oedema. Išblyškimas.

XI. 10 d. Gauna salyrgan'o ir cardiaca.

XI. 15 d. Po salyrgan'o ir cardiaca sutinimas atslūgo. Širdies padusléjimas sumažėjo. Apetitas geresnis. T° palaipsniui krinta.



4-oji rentgenograma.

1940. XII. 18 d. padarytoje lig-io Al. L. rentgeno nuotraukoje matomas proceso pagerėjimas.

Elektrokardiograma: Pericarditis et myocarditis.

XI. 22 d. Įdėtas į gipso lovelę, išgulėjo iki XII. 12 d.

XII. 18 d. Savijauta geresnė. Vien kair. kojos sutinimas, gulint ramiai neskauda. Aktyvūs ir pasyvūs judesiai skausmingi. Apetitas geresnis. (Žiūr. 4 rentgeno nuotrauką, padarytą 1940 m. XII. 27 d.).

III atsitikimas.

Ligonis Pr. M., 12 metų amžiaus. Ligos istorijos 3542 nr.

Diagnozė: Osteomyelitis colli femoris.

Anamnezė. Atvyko į kliniką nusiskųsdamas, kad sergąs 3 savaites. Liga prasidėjusi staiga skausmais dešiniojo kelio ir šlaunies dalyse, aukšta temperatūra, galvos skaudėjimu, vėmimu. Išgulėjęs 3 savaites privačioje vidaus ligų ligoninėje, kur buvęs gydytas vaistais ir elektra. Begulint ligoninėje, dažnai užeidavę šalčio krėtimai. Kadangi stovis nepagerėjo, tai tėvai jį atsiėmę ir paguldę klinikoje, iš kur vėliau perkeltas į naują chirurginę kliniką.

St. praesens. Vidutinio ūgio, vidutinės mitybos, gleivinės išblyškusios, širdies ribos normalios. I tonas ties apex neaiškus. Plaučiuose iš kair. pusės iš priekio smulkūs karkalai. Pilvas minkštas, neišsipūtęs, palpuojant neskausmingas. Kepenys nepadidėjusios. Liežuvis sausas.

Galūnės: Kairioji apatinė galūnė rotuota į vidų; aktyvūs ir pasyvūs judesiai skausmingi ir riboti; kojos sustorėjusios, kairioji ranka ties alkūnės sąnariu sutinusi, oda nepakitusi, ingvinalinės limfinės liaukos padidėjusios.

IX. 24 d. Skundžiasi skausmais kair. rankoje ir kojoje, prisilietimas skausmingas. Temperatūra svyruojanti.



5-oji rentgenograma.

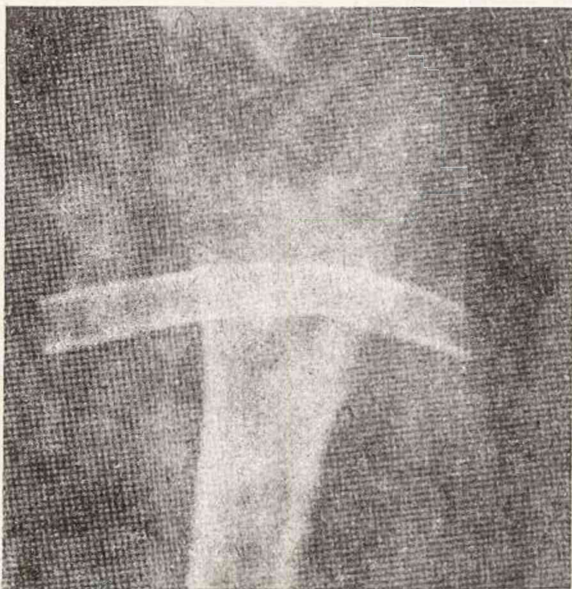
1940. XI. 25 d. padarytoje lig-io Pr. M. rentgeno nuotraukoje matoma: Osteomyelitis colli femoris su patologiniu išnirimu.

X. 10 d. Skausmai lokalizuojasi kairiajame klubo sąnaryje, o kitose vietose skausmai sumažėjo.

X. 17 d. Apatiškas, išbalęs. Liežuvis sausas. T° 37,5°.

XI. 25 d. Rentgeno nuotrauka: Osteomyelitis colli femoris su patologiniu išnirimu (Žiūr. 5 ir 6 rentgenogramą).

XII. 5 d. Bendrinėje eterio narkozėje in regione trochanterica padarytas išilginis pjūvis. Prieita acetabulum ir atsidalinusi galvutė pašalinta. Collum femoris įstatytas į acetabulum. Koja maksimaliai abdukuota ir šitoje padėtyje uždėtas gipso tvartis nuo apatinių šonkaulių, apimąs juosmens ir nesveikos kojos iki apatinio blauzdos trečdalio. Ant sveikos kojos nedidelis gipsinis manžetas, kad fiksacija būtų geresnė. Ligonis dar tebeguli pas mus. Temperatūra nuo normalios iki subfebrilės. Jaučiasi gerai.



6-oji rentgenograma.
Po operacijos padarytoje lig-io Pr. M. rentgeno nuotraukoje matomas collum femoris, įstatytas į acetabulum.

IV atsitikimas.

Ligonis A G., 12 metų amžiaus. Ligos istorijos 6736 nr.

Diagnozė: Osteomyelitis colli femoris.

Anamnezė. Atsiųstas iš provincijos ligoninės su lydimu raštu ir ligos istorijos nuorašu. Ligos istorijoje pažymėta diagnozė: „Trauma extrem. infer. sin.". O lydim. rašte parašyta štai kas: „Lig. G. atgabentas 1940. IX. 4 d. į ligoninę su meningizmo reiškiniais ir didele haematoma kryžiaus srityje. Gulėjo ligoninėje iki 1940. XI. 30 d. Meningizmo reiškiniai praėjo, bet paliko kojų kontraktūros fleksijos padėtyje klubų ir kelio sąnariuose, del to siunčiamas ortopediškam gydymui." Iš vaiko teko sužinoti, kad už 2 dienų prieš įstojant į ligoninę beragė karvė subadžiusi koją ir ranką. Tą dieną dar vaikščiojęs, bet rytojaus rytą nebegalėjęs vaikščioti ir atsigulęs. Tėvai jį nugabenę į ligoninę. Iš ligos istorijos teko patirti, kad kairioji koja viršut. šlaunies trečdalyje suti-

nusi, skausminga per visą šlaunies ilgį. Kaulų lūžimo bei išnirimo nekonstatuota. Didelė haematoma kairiojoje šlaunyje, deš. rankoje, ypač peties srityje. Ligonis kartais nesąmoningas. Temperatūra aukšta. Po 10 dienų skausmai susilokalizavę viršutiniame šlaunies trečdalyje. Haematoma rezorbuojasi. Paskutiniu laiku temperatūra subfebrilė. Savijauta gera.

Mūsų klinikoje apžiūrėjus ligonį, rasta: vidutinio ūgio ir mitimo; širdis ir plaučiai patologiškai nepakitę; pilvas minkštas, skausmingas deš. apat. dalyje; urogenitaliniai organai — nepakitę.

Galūnės: Dešiniosios alkūnės srityje sustorėjimas; ištiesti ranką per sąnarį gali laisvai, abi kojos sulenktos: dešinioji abdukcinėje, kairioji addukcinėje padėtyje. Kontraktūros fleksijos padėtyje kelio ir klubų sąnariuose.

Rentgeno nuotrauka: Osteomyelitis colli femoris abiejų kaulų ir patologinis dešiniojo šlaunikaulio išnirimas. Radius ir apatinis šlaunikaulio trečdalis rodo chroniško osteomyelitis reiškinius. (Žiūr. 7, 8, 9 ir 10 rentgenogramas).

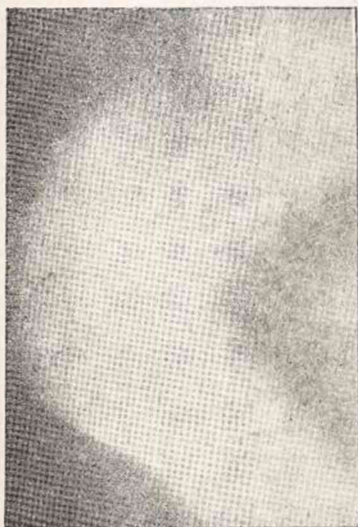


7-oji rentgenograma.
Ligonio A. G. rentgeno nuotraukoje matomas osteomyelitis colli femoris sin.

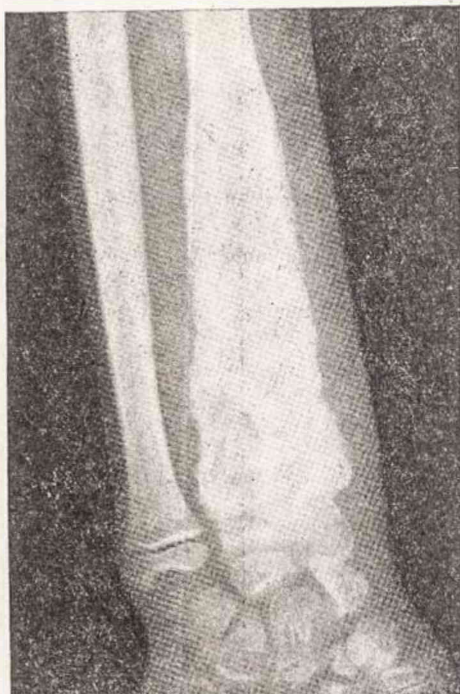
Peržiūrėję ligos istorijas, turime pabrėžti, kad, nors visų ligonių susirgimas yra vienodas, bet ligos išplytėjimas ir pasėkos skiriasi, tad ir jų gydymas skirtingas. Reikia kiekvieno li-

gonio gydymas individualinti siekiant geresnių gijimo bei gydymo padarinių. Hupp sako, kad iš visų chirurginių diagnostikų daugiausia klaidų daroma diagnozuojant osteomyelitis colli femoris, ypač vaikų. Suaugęs sąmoningas žmogus gali gana tiksliai nurodyti skaudamą vietą; o vaikai labai dažnai rodo kitas vietas arba visai neatsako į klausimus; tad, žinoma, diagnozė daug sunkesnė. Tokia diagnozė, pvz., gali būti į mūsų kliniką patekusio 4-ojo ligonio atveju. Ypač labai svarbu yra ankstyvai diagnozuoti, kai dar nėra tos ligos pilno simptomų komplekso, nes nuo to pareina ligos eiga ir prognozė.

Ligos išplytėjimo eiga pareina nuo bakterijų virulentingumo, nuo lokalizacijos ir nuo organizmo atsparumo. Infekcija gali patekti į kaulą iš oro, iš gretimų susirgusių organų ir



8-oji rentgenograma. Ligonio A. G. rentgeno nuotraukoje matomas osteomyelitis colli femoris dextri ir deš. šlaunikaulio išnirimas.



9-oji rentgenograma. Ligonio A. G. rentgeno nuotraukoje matomas radius pakitęs, del osteomyelitis chr.

per kraują. Mūsų atsitikimais visų ligonių kūno paviršiuje nebuvo rasta įbrėžimų, žaizdų, opų, bei kitų pūlingų susirgimų. Reikia prileisti, kad visais atsitikimais buvo hematogeninė kriptogeninė infekcija, kuri pateko į kaulus.

Pasak K o c h e r'o, kiekvieno ligonio, patekusio į ligoninę su diagnoze osteomyelitis, procesas glūdįs ne tik kaulo čiulpuose, bet paliečiąs visus vamzdinių kaulų elementus, sukeliąs p a n o s t i t ą.

Beveik visų ligonių liga prasidėjo ūmai, su tam tikra prodromine stadija, aukšta temperatūra, galvos skausmais, bloga savijauta, vėmimu, skausmais įvairiose vietose ir greitu tvinksniu. Ir iš tikrųjų, ligos pradžioje sunku gydytojui susivokti, kad čia turima reikalo su osteomyelitu; tik vėliau, kai procesas lokalizuojasi, skausmai būna vien tik klubo sąnaryje, tada tik atsiranda įtarimas, bene bus osteomyelitis colli femoris? O rentgenas tik po 2—3 savaičių duoda teigiamus duomenis.



10-oji r e n t g e n o g r a m a.
Ligonio A. G. rentgeno nuotraukoje matomas apatinis šlaunikaulio trečdalis, pakitęs del osteomyelitis chr.

Pasak R e s c h k e's, ligos pradžia simuliuojanti polyartritą, todėl gydytojai dažnai suklystą ir gydą nuo reumato. Nesą absoliučių ligos kliniškų simptomų; esąs tik tam tikras simptomų kompleksas, būdingas kaulo susirgimui.

Pažymėtina, kad visų ligonių kraujo morfologija pasižymi Hb. kiekio sumažėjimu, leukocitų padaugėjimu ir Schilling'o vaizdo nukrypimu į kairę. Tat rodo, kad yra kaulo čiulpių leu-

koblastinio aparato sudirginimas del ekzo- ir endogeninių bakterijų ir baltyminių griuvimo produktų. Nukrypimas į kairę rodo taip pat į kaulo čiulpų leukopoetinės funkcijos padidėjimą. Eozinofilų stoka ir limfocitų skaičiaus sumažėjimas (2 ir 3 ligoniai) rodo, kad ligonio stovis sunkus ir ligos prognozė nepalanki. Pasak Moškovsky'o, leukocitų skaičiaus padidėjimas ir leukocitų formų procentų absoliutinis skaičius turįs diagnostinės ir prognostinės reikšmės. Toksinė granuliacija (2 lig.), pasak Obneifeld'o ir Bagdonajev'o, rodanti sunkų sepsinį susirgimą ir intoksikaciją. Reikia kreipti dėmesys į monocitų skaičiaus padidėjimą, kuris rodo retikulio-endotelinio aparato sudirginimą. Tokia monocitozė kaip tik būna sepsinių susirgimų atveju.

Ligos sukėlėjas dažniausiai yra staphylococcus aureus. Mūsų visais atsitikimais, deja, antkryčio rūšies tiksliai nustatyti negalėjome, nes ligoniai pateko į kliniką jau apyūmioje stadijoje. Tik pas 2-ąjį ligonį, kur liga susikomplikavo eksudatyviniu perikarditu ir pleuritu, punktate rasta staphylococcus aureus. Staphylococcus pyogenes aureus, parazituojąs ant odos ir gleivinės, nėra tiek virulentiškas, kaip kad būna pūlingų židinių stafilokokas. Pasak Van-der-Welde, stafilokokų žalingas veikimas einąs dviem kryptimis: a) sukeliąs fermentus, tirpdančius baltymines medžiagas, ir b) išskiriąs stafilohemoliziną, tirpdantį raudonuosius kraujo kūnelius (Neiser-Kraus). Visur, kur ligos sukėlėjas yra staphylococcus aureus, ligos eiga sunki. Pažymėtina, kad staphylococcus aureus infekcija duoda metastazes įvairiose kūno dalyse, kas retai būna staphylococcus albus atveju, arba streptokokinį sepsį.

Lenhartz iš 22 hematogeninių osteomyelitų 95% radęs stafilokokus. Pasak Reschauer'o, hematogeninių osteomyelitų sukėlėjas staphylococcus aureus sudarąs 85%, o vaikų amžiuje procentas esąs dar didesnis. Pasak Bekmann'o ir Bezmann'o, staphylococcus aureus sudarąs 62—75%, o streptokokas tik 11%, o bac. coli ir bac. typhi abdominalis sukėlėjas tik pas suaugusius. Pasak Green'o ir Shonon'o, vaikams iki 3 metų amžiaus hematogeninių osteomyelitų sukėlėjas streptokokas esąs 2 syk didesnis, negu stafilokokas.

Analizuojant Schmieden'o, Küttner'o, Benon'o ir Krasnobajev'o klinikų statistiką, galima prieiti išvadą, kad dauguma atsitikimų sergą vaikai nuo 6—15 metų ir kad berniukai 3 kartus dažniau sergą, negu mergaitės. Pasak Huebler'o ir Hilpert'o, 60% visų sergančių osteomyelitu esą vaikai. Pasak Bruns'o statistikos, iš visų hematogeninių osteomyelitų šlaunikaulis susergąs apie 45%.

Štai lentelė, parodanti įvairių autorių nuomones del hematogeninio osteomyelito lokalizacijos:

| Kaulas | Trendel | Speed | Gibson | Klein | Huebler | Mūsų klinikos kalb. pusmetyje |
|---|---|---|---|---|---|---|
| femur .... | 50,0% | 35,0% | 40,0% | 21,0% | 27,0 % | 58,3 % |
| humerus .. | 11,3 „ | 7,0 „ | 16,0 „ | 8,0 „ | 6,9 „ | 4,16 „ |
| tibia ...... | 30,9 „ | 40,0 „ | 47,0 „ | 27,0 „ | 30,0 „ | 25,0 „ |
| fibula .... | 4,0 „ | 2,0 „ | 3,0 „ | 4,3 „ | 7,0 „ | 4,16 „ |
| radius .... | 3,5 „ | — | — | 2,1 „ | 1,13 „ | 8,33 „ |
| ulna ...... | 3,0 „ | — | 4,0 „ | 2,1 „ | 1,9 „ | — |
| patella .... | 0,6 „ | — | — | — | — | — |
| calcaneus .. | 1,0 „ | — | 0,3 „ | — | — | — |

Pasak Breslav'o klinikos duomenų, Ponomarev'o nurodymu, apatinių galūnių susirgimas sudarąs 84,6%, o iš jų daugiausia šlaunikaulis. Šlaunikaulyje infekcija dažniausiai paliečia apatines metafizines dalis. Kodėl dažniausiai suserga šlaunikaulis? Manoma, kad tatai įvykstą del to, kad klubų sąnarys yra vienas iš svarbiausių kūno sunkumo nešėjų ir kad daugiausia judėjimų tenka šitam sąnariui. Kuzma savo straipsnyje 1921 m. „Apie pūliuotąjį kaulų smegenų įdegimą ir jo gydymą" iš 21 atsitikimo hematogeninių osteomyelitų femoris turėjo tik vieną osteomyelitą colli femoris su patologine luksacija, o daugiausia jo svarstytų atsitikimų, panašiai kaip ir kitų autorių, procesas dažniausiai liečia apatinę metafizę, todėl, kad mėgiamoji stafilokokų infekcijos vieta osteomyelitų pradžioje esanti metafizė (Lexer).

Kliniškai įrodyta, kad hematogeninis osteomyelitas dažniausiai yra linkęs lokalizuotis vamzdinių kaulų metafizėse. Pasak Gangalphe, hematogeninis osteomyelitas užgaunąs apatinę šlaunikaulio, viršut. blauzdikaulio ir viršutinę žastikaulio metafizes, o trumpuosiuose ir plokščiuosiuose kauluose mėgstą apsigyventi tbc. židiniai, ir ten osteomyelitis rečiau būnąs.

Infekcijos palinkimas sustoti metafizinėse dalyse aiškinamas įvairiai. Vieni mano, kad infekcijos susirgimų atveju, esant laikinei bakteriemijai, toksinai ne tik griauną baltuosius ir raudonuosius kraujo kūnelius, bet endogeniškai sužaloją toliausiai periferijoje esančios kraujo indų sistemos dalis. Indų kapiliarų sienelės sutrinkančios anatomiškai, funkciškai ir paleidžiančios bakterijas, o jų toksinai paralyžuoją narvelių fagocitinį veikimą ir nepajėgią su jomis sėkmingai kovoti ir jas nugalėti.

Nélaton aiškino stafilokokų infekcijos savotiškos lokalizacijos priežastį: del ypatingų gausiai esančių metafizėse kraujo indų, ir stafilokokų infekcija rutuliuojantisi ten, kur yra daugiausia turtingų indais audinių. Oberst mano, kad ryš-

kiausį vaidmenį vaidinąs kraujo indų išsišakojimas augančiame kaule, gi aa. nutritiae baigiasi metafizėje, tai ten išsivystąs ir procesas.

Kiti autoriai, kaip antai, Türeck, Lexer ir Nussbaum, laikosi tos nuomonės, kad pyogeniniai kokai patogiausias augimui sąlygas randą metafizių kapiliaruose, nes čia, sąsyjyje su esama augimo zona, esanti fiziologinė hyperaemia, bakterijos sustojančios metafizėse del kraujo srovės sulėtėjimo ir ypatinga arterinės sistemos architektūra suteikianti bakterijomis gerą dirvą daugintis, sukelianti uždegiminį procesą, mitimo sutrikimą, nekrozę ir vėliau pūlingą procesą.

Pasak Dumont'o, stafilokokai turį ypatybę susitelkti krūvomis ir tuo būdu jiems esą lengviau užkimšti kapiliarų šakelių spindis. Pasak Axhausen'o, Ritter'o ir Winkelbauer'o, kaulų audinių nekrozė įvykstanti del sepsinio embolo patekimo į maitinamąjį kraujo indą.

Tachibani, Hobo ir Robertson mano, kad metafizės retikulioendotelinė fagocitinė savybė esanti silpnesnė, negu diafizės, ir tat duodą mikrobams gerą dirvą daugintis.

Yra žinoma, kad metafizinė ir epifizinė kaulo dalys yra apsuptos daugeliu kraujo indų iš aa. nutritiae, iš tinklo indų, apsupančių sąnarį ir glūdinčių sinovialiniame audinyje, ir iš periosto.

Pasak Hobo ir Langer'o, aa. nutritiae diafizėje šakojančiosi į 2 indus, kurie einą priešingomis linkmėmis, vėliau metafizės srityje šakojančiosis į mažus kapiliarus, kurie pereiną į veninę sistemą. Ten srovė žymiai sulėtėjusi. Šitas vaskuliarinės sistemos pasiskirstymas ir srovės sulėtėjimas metafizinėje dalyje esąs iš dalies mechaniškas ir iš dalies biologiškas momentas, kuris paaiškina infekcijos apsigyvenimo paslaptis šitose vietose.

Nesermann, Ulmann, Warren, Felsen ir Stalberg mano, kad trauma vaidinanti tam tikrą vaidmenį ligai atsirasti. Pasak jų, kiekviena trauma sužadinanti trabekulių lūžimą, mažą indų plyšimą, kraujo išsiliejimą ir mitimo sutrikimą, del ko įvykstąs audinių baktericidiškumo sumažėjimas ir bakterijoms susidaranti gera dirva joms žalingai veikti. Kai kurie mano, kad bakterijos galinčios gulėti kaulo čiulpuose ilgą laiką latentiškai, kol atsiranda stimuliuojąs momentas, ir trauma tą momentą galinti išprovokuoti.

Rodett, Lexer ir Witterung mano, kad ir persišaldymas turįs etiologinę reikšmę susargdinti osteomyelitu. Pasak Barrie, Meingott'o, Geist'o ir Bocher'o, 40—60% ligos priežasčių esanti trauma. Solieri net mano, kad ir gimdymo trauma ilgainiui turinti tam tikrą įtaką osteomyelitui išsivystyti.

U l m a n n įrodė eksperimentais su gyvuliais, kad vietose, anksčiau paliestose kontuzijos arba fraktūros, vėliau, įleidus stafilokokų kultūros į veną, gaunamas osteomyelitinis procesas metafizėje.

M a s k u l e n k o mano, kad vaikų aa. nutritiae kalibras esąs didesnis, negu suaugusiųjų, ir kad jos, išeidamos iš stiebo, sudarančios smailą kampą, gi suaugusiųjų aa. nutritiae statų kampą. Šita architektūra įgalinanti embolą patekti į kaulą. Pasak S c h m i d t'o, V i l e n s k y'o ir T h i e n'o, traumos figūravimas etiologijoje esąs retas. Mūsų atsitikimais tik 4-ojo ligonio anamnezėje figūruoja trauma.

S t a l z b e r g, U l m a n n ir kiti mano, kad dažniausia priežastis esanti mechaninė trauma arba persišaldymas ir kad ligoniai laiku nekreipią dėmesio į mažą traumą, ir del to anamnezėje ji nefigūruojanti.

Kai del i n f e k c i j o s v a r t ų, tai pas visus ligonis, kaip jau minėta, ant kūno paviršiaus jokių įtartinų ligų bei sužeidimų nepastebėta. F r e i n k e l ir W e k s e l b a u m mirusių nuo pneumonijos, rožės, flegmonos kaulų čiulpuose radę anksčiau minėtų ligų bakterijų; todėl manoma, kad kaulo čiulpuose visuomet būnanti latentinė infekcija, kuri pradedanti savo veikimą po trauminio stimulo.

Išžiūrėjus ligonių ligos eigas, krinta į akis, kad ligos pradžioje bendri reiškiniai maskuoja vietinius. Tik vėliau vietiniai reiškiniai ima viršų, kaip antai: viršutinio šlaunies trečdalio sutinimas, skausmingumas, judesių aprėžtumas, regioninių liaukų sutinimas bei skausmingumas.

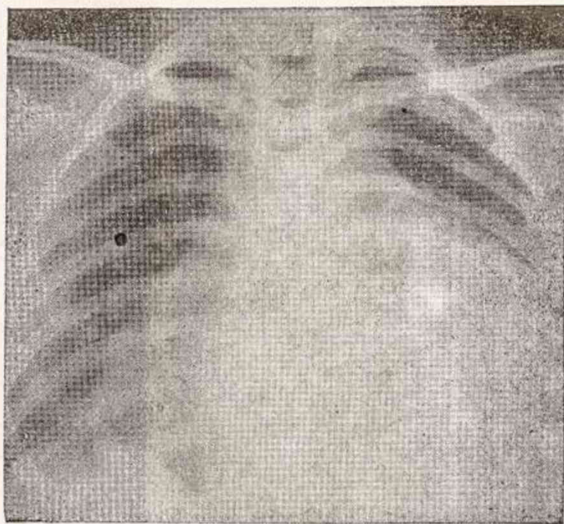
2-ojo ligonio ligos eiga susikomplikavo ir buvo daug sunkesnė. Šituo atveju turėta ne tik laikinė bakteriemija, bet ir tikras stafilokokinis sepsis su širdies raumens sutrikimu ir pūlingu perikarditu, viena vertus, ir proceso generalizacija šlaunikaulio kaklelyje bei visame šlaunikaulyje, kur įvyko kaulo audinių nekrozė del kraujotakos sutrikimo ir bakterijų toksinų, antra vertus. Uždegiminis židinys nesilokalizavo, bet, priešingai, infekcija perėjo į sąnarį, kur įvyko uždegiminis procesas su reaktyviniu skystimu kapsulėje, del ko iškilo patologinė liuksacija, ir antra vertus, infekcija perėjo į periostą ir į minkštuosius audinius, kas sudarė flegmonos vaizdą. Flegmona du syk buvo atidaryta ir pūliai išleisti.

Įsižiūrėję į rentgeno nuotrauką (žiūr. 3 rentgenogramą), matome, kad acetabulum tuščias, neryškiai aprėžtas, 2 nedideli sekvestrai acetabulum'e. Collum femoris ir viršutinio šlaunikaulio trečdalis neryškiai aprėžti. Viršutiniame šlaunikaulio kaklelio paviršiuje yra du nedideli defektai. Viršutiniame šlaunikaulio trečdalyje yra daug židinių. Periostinė apozicija medialiai. Liuksacija į viršų. Taigi, turime osteomyelitis colli femoris su patologine liuksacija.

1940. XII. 27 d. buvo padaryta dar viena klubo sąnario rentgeno nuotrauka (žiūr. 4 rentgenogramą).

Epiphysiolysis darosi. Periostinė apozicija medialiai ir lateraliai. Viršutiniame šlaunies trečdalyje matyti daug mažų atsiskyrusių sekvestrų. Acetabulum tuščias. Galvutė liuksuota į viršų.

Kaip anksčiau minėta, infekcija nepasitenkino vien vietiniu procesu, bet davė sunkią perikardito komplikaciją. Ligonio nusiskundimai alsavimo sunkumu ir oro stoka galima aiškinti tuo būdu, kad del perikardo ir pleuros eksudato buvo suspausti kairieji plaučiai, širdies veikimas pasunkėjo, ypač del to kraujo patekimas į prieširdį taip pat buvo pasunkėjęs. Dėliai to atsirado dyspnoë. Pyeminiais ir sepsiniais atsitikimais perikarditas nereta komplikacija, lydima myokardito bei pleurito. Vėliau liga išsirūtuliavo taip, kad buvo gautas beveik bendras hydrops'as galūnių, pilvo ir kapšelio sutinimas, ką galima aiškinti venine staze.



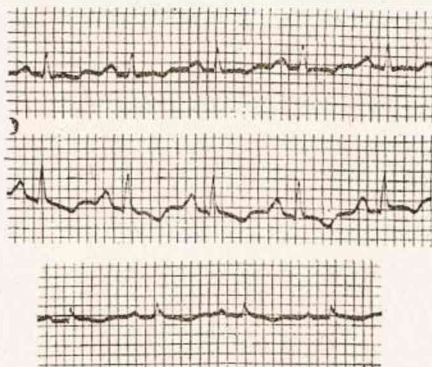
11-ji rentgenograma.

Ligonio Al. L. rentgeno nuotraukoje matoma širdis, labai išsiplėtusi į kairę ir nedaug į dešinę. Širdies ribos neapvalios formos ir stoka plaučių stazinių reiškinių rodo perikarditą.

Plaučių rentgeno nuotraukoje (žiūr. 11 rentgenogramą) matome, kad širdies šešėlis labai išsiplėtęs į kairę ir mažai į dešinę. Kairioji širdis siekia beveik linea axillaris. Širdies ribos neaiškios. Hilus'ai nepadidėję. Jokios stazės pulmonum. Širdis apvalios formos ir stoka plaučių stazinių reiškinių kalba už perikarditą ir prieš vitium cordis.

1940. VIII. 10 d. padaryta elektrokardiograma. (Žiūr. 12 elektrokardiogramą).

Elektrokardiogramoje matomas sinusinis ritmas. Tachycardia. PQ=0,15, QRS=0,05. Visi R danteliai žemi, ypač trečiojoje derivacijoje. $P_1$ ir $P_2$ danteliai aukšti ir siekia iki pusės $R_1$ ir $R_2$. Visose derivacijose T dantelis neigiamas, ypač ryškiai neigiamas $T_2$. Tarpinė dalis ST antrojoje derivacijoje žemiau izoelektrinės linijos.



12-ji elektrokardiograma.
Ligonio Al. L. elektrokardiograma patvirtina diagnozę: pericarditis et myocarditis.

Diagnozė: Pericarditis et myocarditis.

Išžiūrėję 1-ojo ir 3-iojo ligonių ligos istorijas, matome, kad ir čia iš pradžių vyrauja bendri reiškiniai, o baigiasi proceso lokalizacija šlaunikaulio kaklelyje, būtent: epiphysiolysis, collum femoris liuksuotas į viršų, nelygiai aprėžtas, medialiai yra pupos didumo defektas su adatos galvutės didumo sekvestru. In collo femoris matoma daug židinių. (Žiūr. 1 rentgenogramą).

3-ojo ligonio nuotraukose (žiūr. 5 ir 6 rentgenogramas) matomas epiphysiolysis. Didelis suirimas galvutės paviršiuje medialiai ir lateraliai. Sąnario tarpas susiaurėjęs ir nelygiai aprėžtas. Collum femoris liuksuotas į viršų ir taip pat nelygiai aprėžtas. Viršutiniame paviršiuje yra du maži sekvestrai. Šlaunies kaklelyje, vidurinėje dalyje, yra skersai einanti dėmė.

Išvada: epiphysiolysis, proceso perėjimas nuo epifizės į sąnarį; du maži gerai atsiskyrę sekvestrai ir vienas didelis skyrimosi stadijoje.

4-ojo ligonio ligos eiga prasidėjo po traumos. Iš anamnezės teko sužinoti, kad ligos eiga buvo labai sunki, lydima sepsinės temperatūros, meningizmo, šalčio krėtimo, vėmimo, sauso liežuvio ir galų gale proceso lokalizavimosi klubų sąnariuose. Šitas ligonis gulėjo provincijos ligoninėje ir buvo gydytas vien che-

moterapiniais vaistais, k. a., prontosiliu, ir visai nebuvo kreipiama dėmesio į didelį destrukcinį procesą kauluose. Po keturių mėnesių pastebėta, kad jo kojos sulinkusios ir jis nebegali išsitiesti, todėl ir atsiųstas ortopediškai gydyti. Padarius dubens ir galūnių rentgeno nuotrauką, rasta (žiūr. 4 rentgenogramą):

Artic. coxae d.: galvutė subliuksuota, didelio laipsnio atrofija, nelygiai aprėžta, medialiai žirnio didumo sekvestras. Artic. coxae sin.: collum ir viršutinis šlaunikaulio trečdalis sustorėjęs, nelygiai aprėžti ir atrofiški. Femur: apatinis trečdalis sustorėjęs, nelygiai aprėžtas, atrofiškas, daug židinių. Radius: apatinis trečdalis sustorėjęs, medialiniame distaliniame gale yra pupos didumo aprėžtas židinys.

Išvada: Osteomyelitis radii, femoris, colli femoris et subluxatio coxae dextra.

Iš to seka, kad čia turime metastazinę infekciją, kur procesas paliečia collum femoris, apat. šlaunikaulio trečdalį ir radius'ą. Procesas iš collum femoris yra perėjęs į sąnarį, kur išsivystė uždegiminis procesas, įvyko epiphysiolysis, kas ir privedė prie blogos galūnės padėties.

Patologiško išnirimo įvykimą Gold aiškina tuo būdu, kad sąnaryje susirenkąs uždegiminis eksudatas, kapsulė labai išsitempianti ir galvutė iš acetabulum iššokanti. Čaklin aiškina epiphysiolysis mechanizmą tuo būdu, kad uždegiminis procesas pasiekiąs epifizinę kremzlę ir ją suardąs, tuo būdu susitrikdąs susijungimas tarp epiphysis ir diaphysis, ir kiekviena trauma galinti sukelti išnirimą.

Mūsų klinikos duomenimis raumenų įtempimas, judinant ir tvarstant ligonį, turi įtakos išnirimo mechanizmui. Patologiško išnirimo mechanogenezėje vaidina svarbų vaidmenį patologoanatominis ir mechaninis momentai: a) viena vertus, uždegimo reiškiniai su sąnario ir minkštųjų dalių destrukcija, nes procesas lydimas reaktyvinio serozinio - eksudatyvinio skystimo, kas kapsulę labai ištempia, pastaroji (kapsulė) nustoja savo elastingumo, ir galvutė iššoka iš acetabulum'o: normaliai sąnaryje yra neigiamas spaudimas, kas šlaunikaulio galvutę labai glaudžiai laiko acetabulum'e; o kai susirenka skystis, tai intraartikulinis spaudimas išsilygina su atmosferiniu arba darosi teigiamas ir išstumia galvutę; b) antra vertus, įtemptų raumenų refleksinis aktyvinis veikimas. Pasak Ardison'o ir Murphy'o, fleksinių raumenų ir dubens-trochanterinių raumenų hypertonus turįs tam tikrą įtaką patologiškam išnirimui.

Patologiškas išnirimas osteomyelitų atveju apskritai retai įvyksta. Dažniausiai paliečia klubų sąnarius. Murphy iš 51 patologiško išnirimo turėjo 48 coxa liuksacijas. Čaklin turėjo 46 patolog. išnirimus ir visos buvo luxatio coxae.

Reikia pasakyti, kad ne visais atvejais, kur yra kaklelio ar galvutės destrukcija, prieinama prie išnirimo. Neretai destruktuota galvutė pasilieka acetabulum'e, kur įvyksta suaugimas su acetabulum'u.

Dažnai ligonis pats nepastebi, kad yra galvutės išnirimas, atvirkščiai, nors kojytės negali pajudinti, bet patenkintas, kad po išnirimo yra pranykę skausmai. Keen aiškino skausmų nustojimą tuo būdu, kad išnirus atsipalaiduojąs skausmingas raumenų įtempimas, nes suartėją prisijungimo raumenų taškai. Ir įsižiūrėję į visus mūsų ligonius, kaip atrodo, po išnirimo beveik visuomet gaunamas šitokis vaizdas: galūnė sutrumpėjusi, sulinkusi ir addukuota; aprėžti galūnių judesiai; trochanter stovi aukščiau Rosen-Nélaton'o linijos ir rotuojant galvutė apčiuopiama aukščiau fossa acetabuli. Įsižiūrėję į 4-ojo ligonio ligos istoriją ir į rentgeno nuotrauką, matome, kad, nors gydymo atžvilgiu provincijos ligoninėje būta apsirikimo, vis delto išėjo į gera, nes liga nusistovėjo ir klaida galima buvo atitaisyti nekruvinu būdu. Šituo atveju kaip tik trauma vaidina svarbų vaidmenį, nes po traumos ligonis pradėjo karščiuoti ir skųstis skausmais kair. kirkšnies srityje. Kaip išsirūtuliavo ligos eiga per 3 mėnesius begulint provincijos ligoninėje, nežinome, bet faktas, kad ligonis buvo atgabentas į kliniką su klubų ir kelių sąnarių kontraktūromis, patolog. išnirimu, raumenų atrofija ir anksčiau minėtais destruktyviais pakitimais kauluose.

**Gydymas.** Iš šitų ligos istorijos duomenų galima prieiti išvada, kad kiekvienas atsitikimas yra savotiškas, kad negalima taikyti visiems vienos schemos, todėl ir terapija tenka individualinti. Dviem atvejais buvo pritaikyta radikalinė rezekcija, vienu atitaisyta galūnės padėtis nekruvinu būdu ir vienu atveju iki šiol gydoma konservatyviai. Kur buvo sepsinė t°, buvo taikoma ir chemoterapija, kaip antai: prontosilis su jo derivatais, alkoholis intra venam, cardiaca etc.

Iki šiol įvairūs osteomyelitai arti sąnario, ypač collum femoris, buvo linkstama gydyti konservatyviai. Tiesa, toks gydymas taip pat duoda gerų rezultatų, bet turi tą neigiamumą, kad trunka labai ilgai, yra reikalingas didelės kantrybės bei pasiryžimo, ligoniai verčiami mėnesiais, net metais gulėti vienodoje padėtyje, negalėdami laisvai pasiversti, kas susiję su didelėmis išlaidomis, ir galutinis rezultatas del sąnario dalyvavimo procese dažniausiai — ankylosis ir dažnai netinkama galūnės padėtis.

Socialiniais ir ekonominiais sumetimais, ypač del paties ligonio fizinio bei psichinio stovio, ieškota kitų gydymo metodžių, kurios pagreitintų gijimo procesą ir duotų geresnius, o bent ne blogesnius rezultatus.

Peržiūrėjus paskutinių 5—6 metų literatūrą vaikų osteomyelitis colli femoris gydymo klausimu, gaunama įspūdžio, kad dauguma gydytojų vis delto yra linkę gydyti konservatyviai.

Hübner 1931 m. rašo: „Kas geriau, ar gydyti konservatyviai ir tenkintis mažomis intervencijomis, ar radikaliai pašalinti infekcijos židinys, dar neišaiškinta“. Pats autorius priduria, kad konservatyviai gydant gali darytis sekvestrai, kas susiję su skausmais, ir, antra, jei prisideda dar fistulė, gali būti ir amiloidozės pavojus. Galutiniai rezultatai nepatenkina, nes pasilieka kaulo sutrumpėjimas ir netaisyklinga šlaunies padėtis su klubo sąnario ankiloze, su recidyvo pavojumi.

Pasak Klapp'o, Bondlier'o ir Roepke's, galvutės arba kaklelio rezekcija daroma tais atvejais, kai bendrinė infekcija užsitęsia su pūliavimu ir yra amiloidozės pavojus. Nordmann mano, kad gydant konservatyviai dažnai būnanti sąnario ankilozė, tačiau ir rezekavus sąnarį galima ta ankilozė pasiekti net greičiau ir kojos sutrumpėjimas galima laiku proteziniu batu pataisyti; svarbu, kad osteomyelitinis židinys būtų pašalintas, ir ligonis galėtų vaikščioti be skausmų, todėl, jo nuomone, reikią rezekuoti galvutė.

Ir pačių rezekcijos šalininkų tarpe nėra vienodos nuomonės, kada operuoti: ar pačiame floridiniame periode, ar, priešingai, reikia laukti, kol temperatūra kris ir sunkus stovis praeis?

Vieni mano, kad osteomyelitis esąs tik septicemijos požymis ir židinys kaule esąs tik bendrinės infekcijos fenomenas. Ankstyva intervencija sumažinanti ne tik apginamųjų organų mobilizaciją, bet ir esanti didelė trauma pačiam organizmui. Kiti gi mano, kad tik ankstyva intervencija įgalinanti pasiekti greitą išgijimą. Jie aiškina tuo būdu, kad po intervencijos įvykstąs atsipalaidavimas nuo žalingų elementų ir organizmui būsią daugiau jėgų kovoti su infekcija.

Pierre ir Ingelrans mano, kad ankstyva intervencija pašalinanti infekcijos židinį, kuris veikiąs bendrinį organizmo stovį, ir, antra, prasidedanti kaulo regeneracija vietoje ardančio osteomyelito.

Martin du Pan pasisako tik už konservatyvų gydymą. Jis gavęs gerų padarinių, gydydamas propidon'o injekcijomis. Chirurgų kongrese Breslave 1924 m. Cohn ir Wiener pasisakė už ankstyvią intervenciją. Jie pasakė: „Frühoperation immer abhängig von Frühdiagnose“. Bet, deja, retai ligos pradžioje diagnozuojamas osteomyelitis; gydytojai dažnai gydo nuo kitų susirgimų ir siunčia ligonį į kliniką, kai liga labai pažengusi. Ir iš tikrųjų, iš mūsų peržiūrėtų osteomyelitis colli femoris atsitikimų aiškiai matoma, kad del nepakankamo įsigilinimo bei susidomėjimo ligoniu laiku nebuvo pritaikytas atitinkamas gydymas ir todėl sunkios komplikacijos iškilo ligos pradžioje prieš

ligoniams patenkant į kliniką. Prieš 20 metų Kuzma „Pūlingų osteomyelitų klausimu" atkreipė dėmesį į ankstyvią diagnozę, kitaip sakant, reikalavo iš gydytojų įsigilinti į pačią ligą, kad galėtų tiksliai nustatyti diagnozę. Taigi „Frühoperation" kaip tik pareina nuo gydytojo.

Hedri (Budapeštas) taria, sunku esą pasisakyti už vieną ar kitą gydymo metodę, nes pati ligos genezė dar esanti neišaiškinta. Reschke, Sauerbruch ir Nordmann pasisakė prieš rezekciją pas vaikus. Portwich (Kielis) pasisakė už ankstyvą intervenciją su sąnario atidarymu ir galvutės arba kaklelio rezekcija. Autorius turėjęs 19 osteomyelitų atsitikimų, kur skausmai prasidėję lig. Pouparti ir trochanter major srityse. Rentgenas davęs teigiamus duomenis tik po 14—21 dienos, būtent: destructio colli femoris. Iš pradžių darytos tik incizijos collum femoris srityje, tačiau, stoviui pablogėjus, po 3—4 dienų daryta galvutės rezekcija.

Terebinsky, Hagentorn (Leningrad), Franz-Rest ir Krasnobajev sako, kad kartais užtenką tik vienos incizijos iki kaulo, vėliau pūliai pamažu išeiną, ir vaikai pasveikstą. Aiškinama tuo būdu, kad, vaikams patekus į kliniką, liga būnanti tiek pažengusi, jog jau esąs panostitis, todėl užtenką tik incizijos iki periosto imtinai, pasidarąs takas nutekėti, ir pūliai po truputį išsivalą.

Prancūzų autoriai, kaip, pvz., Ollier, Broca ir Lanelonge, yra pasisakę už radikalią intervenciją.

Kai kurie autoriai siūlė gydyti kraujo transfuzijomis. Iki šiol nėra tvirtos nuomonės šituo klausimu, ir visas osteomyelito transfuzijomis gydymas tebėra eksperimentų stadijoje.

Literatūroje transfuzijos klausimu daugiausia mirtingų atsitikimų transfuzijos metu buvo įregistruota sepsio atveju. Mūsų atsitikimais ligos pradžioje buvo tik laikinė bakteriemija, todėl transfuzijos reikšmė vėlyvesniame periode, kai procesas lokalizavosi, atkrinta, nes kova su bakterijomis jau vyksta tada ne kraujyje, bet audinių narveliuose, ir bakterijų bei audinių irimo produktai pakeičia kraujo fizines savybes, sukelia stiprią reakciją. Kraujo kiekio padidėjimas gali veikti blogai ir taip jau susilpnėjusią širdį. Kas kita, jei yra užtrukusi pyaemia; tada kraujo transfuzija yra indikuotina.

Transfuzijos šalininkai laikosi nuomonės, kad sepsio atveju, įleidus sveiko žmogaus kraujo, davėjo eritrocitai adsorbuoją toksinus ir palengviną organizmui kovą su bakterijomis, antra, kad susirgusio organizmo audiniai išdirbą visą laiką antikūnius ir transfuzijos metu jie gauną pastiprinimą.

Levenf 1927 m. pritaikė persirgusio žmogaus serumą, bet gerų rezultatų negavo, nes stafilokokai ne labai sukelia antikūnius.

Kai del chemoterapijos, tai galima kalbėti tik apie bendrinės infekcijos gydymą. Kai kurie mano, kad iš vaistų negalima laukti gerų rezultatų, nes jie, viena vertus, užmušą bakterijas, antra vertus, numušą sveikų audinių narvelių atsparumą.

Laikantis principo, kad kiekviena liga turi savo požymius ir kad terapija pagrįsta kiekvieno susirgimo moksline analize, reikia pasakyti, kad, tik padarius bendrą mokslinių momentų ir konkrečių susirgimo duomenų sintezę, galima pritaikyti atskiriems atsitikimams sėkmingas gydymas. Nėra ir negali būti vienos idealios gydymo metodės, nes kiekvienas atsitikimas yra savotiškas, lydimas įvairių reiškinių, ir todėl vienos rūšies gydymas, duodąs gerus rezultatus vienu atsitikimu, gali pasirodyti bejėgis ir kartais žalingas kitu atsitikimu. Šablonas diagnostikoje ir terapijoje gali būti tik dalinis. Mūsų klinika laikosi griežto individualumo ir nėra šalininkė būtinai konservatyvaus gydymo, nėra ir griežta šalininkė radikalaus gydymo.

Ligos pradžioje, floridiniame periode, esant laikinai bakteriemijai, reikia kreipti ypatingas dėmesys į širdies veikimą. Ir nors aiškaus sutrikimo nėra, vis delto ji reikia po truputį stiprinti. Dažniausiai duodavome ol. camphoratum 8—10 ccm per dieną injekcijomis į raumenis, rečiau coffeinum natrobenzoicum etc. Antipyretica nepatartina duoti, nes karštis kaip tik yra geras požymis, kuris rodo apginamųjų organų, antikūnių, veikimą organizmo termoreguliatoriams ir todėl antipyretica kaip tik gali žalingai veikti.

Mes dar taikome terapiją alkoholiu. Alkoholis, veikdamas antiseptiškai, duoda organizmui daug šilumos kalorijų ir gali pavaduoti kitas medžiagas.

Tyrimais įrodyta, kad vartojant alkoholį baltyminių produktų griuvimas mažėja. Iš farmakologijos yra žinoma, kad mažos alkoholio dozės (apie 0,3—0,5 vienam kg-ui svorio) pakelia tam tikram laikui raumenų darbą. Alkoholis eina maistu, ir netiesiogiai duoda mechaninę energiją. Thannhauser mano, kad prie maisto medžiagų, be riebalų, baltymų ir angliavandenių, reikią dar priskirti ir alkoholis. Pasak Tögel'io, Brezin'o ir Durig'o, alkoholis dalyvaująs medžiagų apykaitoje ir greičiau sudegąs, negu kitos maisto medžiagos. Vadinasi, atkrinta nuomonė, kad alkoholis organizme negalįs būti energijos šaltinis, nes negalįs būti asimiliuojamas, jo energija netinkanti fiziologiniam išnaudojimui. Nustatyta, kad medžiagų apykaitos procese susidaro alkoholis. Normaliai alkoholio kraujyje yra 0,03% (Landsberg, Reach).

Operatyvinis gydymas irgi įvairus. Prasideda nuo paprastų incizijų ir baigiasi šlaunikaulio galvutės bei kaklelio rezekcija. Intervencijos rūšis pareina nuo ligonio bendro stovio, nuo paties proceso.

F r a s e r nepataria skubintis operuoti šiais atvejais:

1) kai iš pradžių nėra sunkių reiškinių,
2) vaikams iki 4 metų amžiaus,
3) kai yra pneumonija,
4) kai procesas yra metafizėje.

Visi autoriai, pasisakę prieš galvutės arba kaklelio rezekciją jauname amžiuje, motyvuoja savo šitą nusistatymą tuo būdu, kad del operacijos įvykstąs augimo zonos sutrikimas. K. S p e e d (Čikago) sako, kad, kai yra kraujo apytakos sutrikimai epifizinėje srityje, įvykstąs vamzdinių kaulų augimo sutrikimas. Esant pūlingam uždegimui, trombai suardą galutines arterijas, maitinančias epifizę, bet antroji epifizinė to paties kaulo linija dirbanti tada kompensuodama, tad nebūną didelio galūnės sutrumpėjimo.

Galvutės arba kaklelio rezekcijos nėra daug šalininkų. Mūsų klinika pritaikė per trumpą laiką sekvestravusios galvutės pašalinimą 2 kartus.

Pirmajam mūsų ligoniui temperatūra buvo sepsinė. Matant, kad stovis blogėja, padaryta dalinė kaklelio rezekcija. Pastarasis buvo įstatytas į acetabulum ir gipsu abdukcinėje padėtyje fiksuotas. Po operacijos t° nukrito ir savijauta pagerėjo. Pagulėjęs apie mėnesį, išvyko namon. Šią savaitę jis vėl atvyko pasirodyti. Gipsas pašalintas, ir D. gana gerai vaikščioja ir gerai atrodo.

Trečiajam ligoniui operacija daryta žymiai vėliau, kai floridinis procesas praėjo. Atvyko į kliniką su normalia temperatūra, bet su dideliu destruktyviu procesu šlaunikaulyje, su epifiziolize bei patologine liuksacija, kur reikėjo galvutė pašalinti ir collum femoris įstatyti į acetabulum.

Ketvirtajam mūsų ligoniui, kur buvo tik patologinė liuksacija be epifiziolizės, bendrinėje eterio narkozėje galūnė ištiesta ir galvutė nekruvinu būdu įstatyta į acetabulum. Ištaisyta liuksacija, ir ištiesta galūnė fiksuota gipsiniu tvarčiu abdukcinėje padėtyje su nedidele rotacija į vidų.

Antrajam ligoniui, kur liga komplikavosi perikarditu ir poliserozitu, iš pradžių negalėjo būti kalbos apie operatyvų gydymą, reikėjo pasitenkinti vien galūnės ekstensija ir imobilizacija gipsu. Vėliau, procesui nusistovėjus, 1941. I. 14 d. nekruvinu būdu eterio narkozėje liuksuota galūnė, nekruvinu būdu atitaisyta ir abdukcinėje padėtyje fiksuota gipsu.

---

Iš to seka, kad esant osteomyelitis colli femoris, kaip ir kitiems sunkiems tos rūšies susirgimams, kartais naudinga trepanuoti kaulas arba daryti paprastos incizijos bei kartotinės punkcijos, neužmirštant, jog tuo pačiu metu reikia susirgusi galūnė imobilizuoti gipso tvarčiu.

Laikydamiesi antrosios ar trečiosios metodės, mes dažnai atpalaiduojame, viena vertus, sąnario vidaus spaudimą bei raumenų įtempimą, antra vertus, apsaugome nuo galimų išnirimų bei kontraktūrų.

Deja, iš mūsų peržiūrėtų atsitikimų aiškiai matoma, kad nepaisant į laiku atkreiptą dėmesį, vis delto per paskutinį pusmetį turėjome 4 labai sunkius atsitikimus, su dideliais destrukciniais kaulo procesais, kurių galutinis rezultatas bus tam tikras invalidumas.

Reikia pripažinti, kad del nepakankamo įsigilinimo bei susidomėjimo ligoniu nebuvo laiku pritaikyta atitinkama terapija. Medicinai ir rentgenui pažengus pirmyn, tenka todėl kreipti daugiau dėmesio į Kuzmos iškeltas mintis ir jomis pasinaudoti. Tuo būdu išvengsime didelio laipsnio invalidumų.

**Išvados.**

1. Literatūroje iki šiol nėra vienodos pažiūros patogenezės ir gydymo atžvilgiu.
2. Liga prasideda bendrais reiškiniais, kurie maskuoja vietinį procesą.
3. Procesas dažniausiai lokalizuojasi metafizėje, pereina į epifizę, taip pat dalyvauja ir sąnarys.
4. Sąnario dalyvavimas procese priveda prie patologinės liuksacijos del intraartikulinio spaudimo padidėjimo ir del raumenų kontraktūros.
5. Osteomyelitis colli femoris haematogenica prognozė pareina nuo ankstyvos diagnozės, nuo bakterijų virulentingumo ir nuo kūno atsparumo.
6. Gydymas — individualus.
7. Ligos pradžioje naudinga daryti incizijos arba kartotinės punkcijos ir galūnių imobilizacija gipso tvarčiu, kad atsipalaiduotų sąnario vidaus spaudimas ir raumenų įtempimas ir būtų apsisaugota nuo galimų išnirimų bei raumenų kontraktūrų.
8. Floridiniame stovyje geriau gydyti konservatyviai (mažos incizijos, imobilizacija ir chemoterapija).
9. Procesui stabilizavusis, esant epiphysiolysis ir šlaunikaulio kaklelio destrukcijai, gydytina radikaliai, t. y. pašalintina galvutė arba kaklelis, išvalytinas acetabulum bei likusi kaklelio dalis ir abdukcinėje padėtyje įstatytinas collum arba trochanter į acetabulum ir toje padėtyje fiksuotina.
10. Procesui progresuojant, esant sepsinei temperatūrai, gydytina radikaliai.
11. Gydant konservatyviai arba radikaliai pravartu gydymas kombinuoti su chemoterapiniais vaistais.

## Literatūra.


1. К. Владас: Клиническая гематология. 1937.
2. Hübner: Osteomyelitis colli femoris. „Z. B. Chirurgie". 1931.
3. Kolle-Hetsch: Die experimentale Bakteriologie und die Infektionskrankheiten. 1919.
4. Краснобаев: О лечении острого гематогенного остеомиелита. „Нов. хируг. архив".
5. Vl. Kuzma: Apie osteomyelitis purulenta ir jo gydymą remiantis Kauno ligoninės atsitikimais. 1922.
6. E. Lexer: „Allgemeine Chirurgie".
7. De Quervain: Spezielle chirurgische Diagnostik.
8. Reschke: Die akute osteomyelitis der Hüftgelenksgegend „Archiv. klinischer Chirurgie". 1932.
9. L. Schönbauer: Akut. entzündliche Knochenerkrankungen. Kirschner-Nordmann: „Chirurgie".
10. Д. Чаплин: Инфекционные заболевания костей, суставов и хрящей.
11. N. B. Шварц: Хирургия детского возраста. 1927.


### По вопросу о гематогенном остеомиелите шейки бедра у детей.


За короткое время в Каунасской университетской хирургической клинике были 4 случая тяжелого остеомиелита шейки бедра, в которых впоследствии произошел epiphysiolysis и патологический вывих. Нужно заметить, что у всех этих больных болезнь началась общими явлениями, которые маскировали местный процесс и привели врача к ложному диагнозу.

Недостаточно вначале выясненное заболевание привело больных в клинику поздно, уже с большими деструктивными изменениями в бедре и большею частью с гнойным процессом в суставе.

В вопросах лечения наша клиника придерживается индивидуализации и применяет в зависимости от показания то консервативное, то радикальное лечение, комбинируя его с хемотерапевтическим.

В начале болезни в случае надобности делаем пункцию или инцизию, чтобы разгрузить напряжение мышц и внутрисуставное давление, с целью в будущем профилактически предотвратить патологические вывихи и контрактуры.

Если деструктивный процесс привел уже к секвестрации головки бедра, то тогда тотчас устраняем головку или шейку (в случае надобности), вправляем шейку или trochanter в acetabulum и фиксируем гипсовой повязкой в абдукционном положении.

Если бы во время каждого остеомиелитического заболевания достаточно внимания было обращено на мысль, высказанную проф. Кузмой 20 лет тому назад по этому вопросу, т. е. тому, что в случае боли близ тазобедренного сустава всегда следует подумать об остеомиелите, и потому нужно делать повторные рентгеновские снимки, в случае же надобности пунктировать или сделать инцизию, не забыв иммобилизировать больную конечность гипсовой повязкой, то избежали бы множества тяжелых осложнений и дети профилактически были бы предохранены от инвалидности.


### Zur Frage der Osteomyelitis haematogenica colli femoris bei Kindern.


In einer verhältnismässig kurzen Zeit sind in der chirurg. Universitätsklinik zu Kaunas 4 Fälle von Osteomyelitis colli femoris zur Behandlung gekommen. Alle 4 waren schwer kranke Kinder mit Komplikationen, wie Epyphysiolysis, Luxation oder Subluxation. Die Krankheit fing bei allen mit stürmischen allgemeinen Erscheinungen an, die völlig den lokalen Process überdeckten und den behandlenden Arzt zur Fehldiagnose verleiteten. Die Kinder kamen spät in die Klinik, und die Destruktionen im Coxafemoralgelenke waren schon sehr gross. In der Klinik wurden die Kinder individuell behandelt: teils konservativ, teils radikal, je nach der Indikation.

Am Anfang der Erkrankung ist eine Gelenkpunktion evtl. Incision zur Entlastung und Verhütung einer Luxation notwendig. Ist der Process fortgeschritten und zur Sequestrierung des Femurkopfes gekommen, so wird ohne Zögerung die operative Entfernung des Kopfes, evtl. des Collums, das Einrenken des Collums oder Trochanters in das Acetabulum mit nachfolgender Fixierung im Gipsverband vorgenommen. Der Chef der chirurg. Klinik Prof. V. Kuzma hat schon vor 20 Jahren die Meinung geäussert, dass bei Schmerzen im oder in der Nähe des Hüftgelenkes an einer Osteomyelitis colli femoris zu denken, und eine röntgenologische Kontrolle öfters vorzunehmen ist. Wenn nötig, ist eine Incision oder Punction angezeigt, die von Gipsverband gefolgt sein muss. Nur so kann man einer Invalidität in der Zukunft Weichen.

*Gyd. Ip. Čiburas.*

## Seminomos

(Iš K. Un-to I Chirurginės klinikos. Vedėjas — prof. d-ras V. Kuzma).

Pautelio (testis) navikai dažniausiai būna blogybiniai. Chester[3]) iš 101 susirgimo radęs tik 4 gerybinių navikų (dermoidų) atsitikimus, o likę 97 ligoniai sirgę blogybiniais navikais, iš kurių 62 turėję karcinomas ir 35 — mišrius navikus. Ir blogybiniai pautelio navikai, palyginus su kitais organais, pasitaiko gana retai. Southam[1]) ir Linell[1]) per 15 metų iš 57.000 susirgimų radę tik 38 blogybinių pautelių navikų atsitikimus. Jefferson[1]) iš 182.792 ligonių radęs 116 blogybinių pautelio navikų atsitikimų. Bolcek[4]) Presburgo klinikoje per 20 metų surinkęs 36 pautelio navikų atsitikimus. Mūsų Chirurginėje klinikoje 10 metų laikotarpyje (1930—1940 m.) buvo 18 ligonių, sirgusių pautelio navikais. Tarp blogybinių pautelio navikų karcinomos, dabar seminomomis vadinamos, pasitaiko dažniau už sarkomas. Gioja[4]) 1923 m. iš 20 pautelio navikus turinčių ligonių rado:

| | |
|---|---|
| seminomų (carcinoma seminiferum) .... | 11 |
| karcinomų (Wolfianum) ............ | 1 |
| teratomų (Embroyde Tumoren) .......... | 8 |

Bolcek[4]) iš 36 susirgimų turėjęs pusę seminomų, mažą dalį sarkomų ir dalį neištirtų.

Mūsų Chirurginėje klinikoje iš 18 pautelio navikais sergančių ligonių buvo:

| | |
|---|---|
| seminomų ............. | 12 |
| sarkomų ................ | 3 |
| neištirtų ................ | 3 |

Sakaguchi[2]) pastebėjo, kad epitelinės kilmės blogybiniai pautelio navikai turį narvelių, panašių į sėklinio kanalėlio tubuli contorti epitelį, į spermatogonijas. Chevassu[2]) šituos didelių narvelių pautelio navikus („Grosszellige Hodentumor") pavadino seminomomis.

Seminoma dažniausiai žmonės suserga pačiame gyvenimo stiprume. O sarkoma dažniau pasitaiko jauniems ir net vaikams. Pasak Chevassu[1]), seminoma dažniausiai paliečianti žmones tarp 35—45 metų, pasak Kaufman'o[1]) ir Vecchi'o[1]), tarp 31—40 metų. Schultz[1]) ir Eisendrat[1]) vidutiniškai nurodo 42 metų amžių. Vecchi[2]) savo 24 atsitikimus amžiaus atžvilgiu yra suskirstęs šitaip:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 20—30 m. | 3 | 40—50 m. | 6 |
| 30—40 m. | 12 | 50—60 m. | 3 |

Mūsų Chirurginėje klinikoje iš 18 pautelio navikais sirgusių ligonių buvo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 25—30 m. | 3 | 50—60 m. | 4 |
| 30—40 m. | 3 | 60—70 m. | 2 |
| 40—50 m. | 4 | 70—80 m. | 1 |

Iš šitų duomenų matome, kad mūsų Chirurginėje klinikoje daugiausia susirgimų pasitaiko 40—60 m. amžiuje, o po 60 metų jų skaičius mažėja.

Abiejų pusių seminoma pasitaiko nepaprastai retai. Cunningham[1]) aprašo tik 3 tokius atsitikimus.

Nagrinėjant klausimą, katrą pautelį, dešinįjį ar kairįjį, dažniau paliečia blogybiniai navikai, įvairūs autoriai nurodo nevienodus duomenis. Chevassu[1]) iš 106 blogybinių pautelio navikų atsitikimų rado kairiojo pautelio 50, dešiniojo — 56 atsitikimus. Sakaguchi[1]) nustatė kairiojo ir dešiniojo pautelių navikų santykį kaip 9:6. Cunningham[1]) iš 59 atsitikimų radęs kairiojo pautelio 25, dešiniojo — 34 atsitikimus. Mūsų Chirurginėje klinikoje iš 18 atsitikimų rasta kairiojo pautelio 6, o dešiniojo — 12 atsitikimų.

Susirgimo **etiologija** dar nėra visiškai išaiškinta. Dauguma naujesnių autorių, kaip antai, Hedinger[1]), Monaschkin[1]), Ulrichs[4]), Fausler[1]), Wegelin[1]) ir Eiselsberg[1]), didelę reikšmę skiria traumai. Bolcek[4]) net nurodo laiką tarp įvykusios traumos ir naviko atsiradimo, būtent, tarp 3 mėn. ir 8 metų. Mūsų Chirurginėje klinikoje iš 18 atsitikimų tik vienam ligoniui anamnezėje rasta trauma, įvykusi prieš 2 metus iki navikui atsirandant. Pautelio naviko etiologijai dar didelė reikšmė tenka skirti neįvykusiam descensus (cryptorchismus, ectopia testis). Ektopijos atveju, del nuolatinės traumatizacijos, pautelis gali arba atrofuotis, arba blogybiškai degeneruoti. Pasak Howard'o[3]), ectopia testis atveju blogybinė degeneracija pasitaikanti 18%, pasak Kajlden'o[3]) — 12%, pasak Simmans'o[3]) — 11%. Mūsų Chirurginėje klinikoje iš visų 18 atsitikimų buvo tik vienas ectopia testis su blogybine seminomos degeneracija atsitikimas; procentais išvedus tat sudaro 5,5%.

Pautelio blogybiniai navikai dažniausiai būna pirminės kilmės. Kitų organų navikų metastazės čia pasitaiko labai retai. Literatūroje galima rasti aprašytų kepenų karcinomos metastazių pautelyje atsitikimų. O pautelio blogybiniai navikai gana greit duoda metastazes į ingvinalines, retroperitonines, liumboaortines liaukas, taip pat į kepenis, blužnį, plaučius ir kaulus. Pasak Livšic'o[3]), metastazės regioninėse limfinėse liaukose atsirandą po 2 savaičių nuo susirgimo pradžios.

Peržiūrėjus mūsų klinikos medžiagą, dauguma atsitikimų rastos padidėjusios ingvinalinės limfinės liaukos. Vieno pusę metų sirgusio sarkoma pautelio atsitikimu ligonio limfinių ingvinalinių liaukų mikroskopiškas ištyrimas davė hyperplasia chronica. Antro, 8 mėnesius sirgusio karcinoma testis atsitikimu, ištyrus ingvinalines limfines liaukas, rastas lymphadenitis. Keturi ligoniai turėjo metastazes, kliniškai jau aiškiai matomas. Vienam ligoniui metastazės buvo lokalizavusios kairiuosiuose plaučiuose, antram — os maxillae dextrae srityje, o likusiems dviem — abdomen'o srityje.

Čia norima truputį plačiau pažvelgti į kai kuriuos **būdingesnius atsitikimus**:

1. **Ligos istorijos 1953 nr. (1931 m.).** Ligonis, 25 metų, ūkininkas, atvyko į kliniką, skųsdamasis atsiradusiu iš dešiniosios bambos pusės gumbu, pavalgius intensyvesniais skausmais.

Prieš 4 mėn. pastebėjęs iš dešiniosios bambos pusės vištos kiaušinio didumo gumbą, mažai skausmingą. Skausmai padidėdavę tik po valgio. Per tą laiką žymiai suliesėjęs. Prieš metus pastebėjęs, kad dešinysis pautelis pasidaręs kietesnis ir didesnis. Skausmų nebuvę.

O b j e k t y v i a i. Vidutinės mitybos. Pulsas taisyklingas, širdies tonai švarūs. Plaučiuose perkusinio pakitimo nepastebėta, alsavimas švarus. Kepenys ir blužnis neapčiuopiamos. Ileocekalinėje srityje randamas vaiko galvutės didumo mažai paslankus, mažai skausmingas, kietos konsistencijos, vietomis nelygaus paviršiaus, navikas. Dešinysis pautelis žąsies kiaušinio didumo, kietos konsistencijos, lygaus paviršiaus, neskausmingas. Regioninės limfinės liaukos mažai padidėjusios.

Padarius laparotomiją vienuogalės srityje, rastas vaiko galvutės didumo, gana kietos konsistencijos, grublėto paviršiaus navikas, generalizavęsis retroperitoninėse liaukose — casus inoperabilis. Padaryta biopsija. Ištyrus medžiagą patologo - anatomiškai, rasta: carcinoma perivasculare (metastaticum). Ligonis klinikoje mirė. Šituo atveju diagnozė buvo ši: Carcinoma testis dextri primarium; carcinoma coeci secundarium; casus inoperabilis.

2. **Ligos istorijos 2369 nr. (1934 m.).** Ligonis, 35 m., ūkininkas. Atvyko į kliniką skųsdamasis krūtinės skausmais iš kairiosios pusės, kosėjimu, kartais su kraujais.

Balandžio mėn. pabaigoje palengva pradėję skaudėti krūtinę iš kairiosios pusės. Skausmai buvę nežymūs iki liepos mėn. Per tą laiką ligonis dirbęs. Liepos 7 d. krūtinėje skausmai padidėję, temperatūra pakilusi iki 37,4°, ligonis nustojęs dirbęs, atsigulęs. Liepos 10 d. pradėjęs sausai kosėti, kartais atsikosėdavęs nedaug skreplių ir net su kraujais.

Prieš 3 metus kairiajame pautelyje atsiradęs nedidelis sukietėjimas, kuris pamažu, nesukeldamas jokių skausmų, vis didėjęs.

O b j e k t y v i a i. Vidutinės mitybos, oda ir gleivinės išblyškusios, temperatūra 37,0—38,5°, tvinksnis 96, silpnai prisipildęs, taisyklingas.

Širdies tonai duslūs. Krūtinės srityje, kairiojoje pusėje, iš užpakalio nuo 8-to šonkaulio žemyn randamas paduslėjimas, o iš priekio pradedant 2-tru šonkauliu visame plaučių plote paduslėjimas. Alsavimas susilpnėjęs, girdėti truputis drėgnų karkalų. Dešiniuosiuose plaučiuose perkusinio paduslėjimo nepastebėta, alsavimas vezikuliariškas. Kepenys ir blužnis neapčiuopiamos.

Kairysis pautelis poros kumščių didumo, lygaus paviršiaus, kietos konsistencijos, neskausmingas. Regioninės limfinės liaukos mažai padidėjusios. Analizės: šlapimuose nieko patologiško nerasta. Kraujo nusėdimas pagal Westergreen'ą per pirmą valandą 102. Kraujo vaizdas: Hb. 60; eritr. 2400000, leukoc. 8.600; haemograma pagal Schilling'ą : eozin. 1, lazd. 2, segm. 73, limf. 13, mon. 11. Prašvietus plaučius rentgeno spinduliais, rasta: kairieji plaučiai, pradedant nuo antrojo šonkaulio žemyn, patamsėję. Padarius pleurinę punkciją, ištraukta apie 20 ccm hemoraginio skysčio. Biopsija iš pautelio nepadaryta. Iš kliniškų duomenų matyti, kad čia turėtas atsitikimas sarcoma ar seminoma testis primarium sinistrum; sarcoma ar seminoma pulmonis sinistri secundarium su pleuritis haemorrhagica.

3. **Ligos istorijos 2025 nr. (1938 m.).** Ligonis, 68 metų, atvyko į kliniką, skųsdamasis iš dešiniosios pusės nosies atsiradusiu patinimu.

Prieš 4 savaites jis pastebėjęs iš dešiniosios pusės, arti nosies šnervių, patinimą, kuris išlėto didėjęs. Skausmų neturįs, tik jaučiąs lyg skruzdžių vaikščiojimą.

Prieš 5 savaites ligonis pajutęs, kad dešinysis pautelis pasidaręs kietas ir pamažu vis didėjęs, nesukeldamas jokių skausmų.

Objektyviai. Vidutinės mitybos. Tvinksnis taisyklingas, vidutiniškai prisipildęs, širdies tonai duslоki. Plaučiuose perkusinio pakitimo nepastebėta, alsavimas švarus. Kepenys ir blužnis neapčiuopiamos.

Iš dešiniosios pusės, os zygomaticum et os maxillae srityje, arti ala nasi, randamas nedidelis kietos konsistencijos navikas.

Dešinysis pautelis anties kiaušinio didumo, elastiškos konsistencijos, lygaus paviršiaus, neskausmingas. Regioninės limfinės liaukos mažai padidėjusios.

Padarytoje veido rentgenogramoje matyti: os zygomaticum ir os maxillae dextrae apnaikinti. Padaryta kastracija ir biopsija iš veido. Ištyrus medžiagą patologo - anatomiškai, rasta: seminoma testis, metastazavęs in maxilla. Tada padaryta resectio maxillae Diffenbach'o — Weber'io būdu. Čia buvo pautelio seminoma atsitikimas, metastazavęs kauluose.

Ne visais atvejais seminoma pasižymi vienoda eiga. Randama atsitikimų, kur liga pasižymi lėta eiga ir vėlai duoda metastazes. Tat gerybinė seminomos forma. Kitais atvejais liga pasižymi greita eiga ir greit duoda metastazes. Tat blogybinė seminomos forma. Mūsų klinikos medžiagoje randama ir gerybinių ir blogybinių seminomos formų — apskritai paėmus, visų ligonių ligos eiga trunka nuo 2-jų savaičių iki 3 metų. Kartu su naviku, del užspaudimo kraujo indų, gali atsirasti hydrocele arba haematocele. Bet gali būti ir priešingų atsitikimų, kur pautelio serozė ištuštėja (Chevassu[1]). Mūsų klinikos medžiagoje kartu su pautelio naviku vienu atsitikimu rasta hydrocele, o kitu — haematocele.

Iš pradžių nevisuomet navikas sukelia skausmus. Bet kai atsiranda metastazių retroperitoninėse liaukose, tada del spaudimo į ganglijas ir į nervines šakeles gali atsirasti stiprūs skausmai viduriuose.

Mūsų klinikoje iš 18 atsitikimų tik 7 ligoniams navikui beaugant buvo didesni ar mažesni skausmai, o likusiems 11 ligonių navikai užaugo nesukeldami jokių skausmų. Naviko didumas, apskritai paėmus, visiems ligoniams buvo tarp žąsies kiaušinio ir vaiko galvutės.

Pautelis, del tunica albuginea tvirtumo ir elastingumo, navikui beaugant, dažnai išlaiko savo formą. Bet kai navikas perauga tunica albuginea ir net kapšelio odą, tada turime fungus malignus atsitikimą.

**Terapija** — operatyvi. Čia gali būti pritaikyta paprasta kastracija su regioninių limfinių liaukų pašalinimu, arba radikalinė su pašalinimu funiculus spermaticus, limfinių liaukų, gulinčių ureterio su vasa iliaca susikryžiavimo vietoje, periarterinių liaukų — pagal Chevassu — Gregoire.

Mūsų Chirurginėje klinikoje iš 18 ligonių dviem buvo padaryta radikalinė operacija, trys nesutiko būti operuojami, o likusiems 13-kai ligonių buvo padaryta kastracija su regioninių liaukų pašalinimu. Visiems buvo pritaikyta rentgenoterapija.

**Prognozė**, apskritai, bloga. Mūsų Chirurginėje klinikoje operuotų ligonių prognozės duomenų nepateikiu, manydamas, kad tuo jau nieko nauja į bendrą literatūrą neįneščiau. Dalis ligonių buvo miesto darbininkai, nepastoviai gyveną, ir su jais susižinoti nepavyko. Apie kitą ligonių dalį žinoma tiek, kad po operacijos gyvena nuo 1 iki 3 metų.

Savo darbą noriu baigti, pasirėmęs kitų autorių prognoziniais duomenimis. Chester[3]) iš 600 atsitikimų sekė 465 ligonius, iš kurių tik 25 ligoniai, t. y. 5,5%, buvo sveiki 4-rius ir daugiau metų. Pagal Chevassu[3]) statistiką iš 100 padarytų kastracijų 19 ligonių buvę sveiki nuo 9 iki 10 metų, 38 ligoniai iš likusių 81 mirę tarp 2 savaičių ir 1 metų po operacijos. Hinman[3]) 1933 m. Amerikos literatūroje surinko 100 susirgimų, iš kurių 20 ligonių buvę inoperabiles. Iš 80 ligonių, radikaliai operuotų, mirė 35%, iš likusių gyvų 20,1% autorius laikąs pasveikusiais, sektus daugiau kaip 5 metus. O iš 258 ligonių, kuriems buvo padaryta paprasta kastracija su rentgenoterapija arba be jos, išlikę gyvi 124 ligoniai arba 48,4%, iš kurių 6% buvę sekti be recidyvų daugiau kaip 5 metus. Išeinant iš pateiktų prognozinių duomenų, rekomenduotina radikali operacija su rentgenoterapija.

## Išvados.

1. Atvykus ligoniams su kaulų ar kitų organų navikais ir esant kartu pautelio navikui, nors ligonis tuo ir nesiskųstų, traktuoti juos kaip seminomos ar sarkomos metastazes.

2. Turint ligonį, sergantį pautelio naviku, visuomet galvotina apie blogybinį naviką. Seminomos pasitaiko pačiame gyvenimo stiprume, sarkomos įvairaus amžiaus žmonėms ir net vaikams.

3. Nustačius blogybinį pautelio naviką, operuotina anksti, kol dar atsitikimas nėra užleistas, ir rekomenduotina daryti radikalinė operacija pagal Chevassu-Gregoire su rentgenoterapija, po kurios gaunama geresnių rezultatų. Bet, apskritai, prognozė būna bloga.

## Naudotoji literatūra.

1. Henke-Lubarch: Handbuch der Speciellen Pathologischen Anatomie und Histologie, 757—758—761—763—764—795—796 psl., VI t. 1931 m.

2. Kirschner - Norman: Chirurgie, 701—706 psl., VI t.

3. Ševkunenko: Kurs operativnoi chirurgii, 530—536—538—573 psl., III t. 1935 m.

4. Zentralorgan für die Gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete, 685 psl., 99 t., 11 sąs. 1940 m.

## Семиномы.

В хирургической клинике Каунасского унив-а за 10 лет (1930—1940) было на излечении 18 случаев злокачественных опухолей яичка, б. ч. семином, у мужчин в возрасте 40—60 л.

Автором подробно описаны 3 случая этого заболевания, давшие метастазы: в одном случае — в слепую кишку спустя 8 мес., в другом случае — в левое легкое спустя 3 года и в третьем случае — в правую верхнюю челюсть и в области os zygomaticum через 1 неделю. В первом и в третьем случае были семиномы, во втором случае больной не дал согласия на биопсию. Двум больным была сделана радикальная операция, 3 больных не согласились на операцию, а 13-ти больным была сделана кастрация с последующей рентгенотерапией. Часть больных после операции жили от 1 до 3 лет. В статье приведены статистические данные Chester'a, Chevassu и Hinman'a.

Выводы: 1) Каждого больного, прибывшего с опухолью костей или других органов и в то же время с опухолью яичка, хотя бы больной на это и не жаловался, нужно трактовать как имеющего метастазы семиномы или саркомы.

2) Имея больного с опухолью яичка, всегда нужно подумат о возможной злокачественности опухоли. Семинома встречается у мужчин самого цветущего возраста. Саркома встречается в различном возрасте и даже у детей.

3) Установив злокачественную опухоль яичка, нужно рано оперировать, пока случай еще не запущен. Рекомендуется делать радикальную операцию по Chevassu-Gregoire, с применением рентгенотерапии, после которой получаются лучшие результаты, но в общем прогноз бывает плохой.

## Die Seminome.

Die I. Chirurgische Universitätsklinik zu Kaunas hatte im Laufe von 10 Jahren (1930—1940) 18 Fälle von bösartigen Geschwülsten des Hodens -meistens Seminome. Das Alter war meistens zwischen 40—60 J. Der Autor beschreibt näher 3 Fälle, die von Metastasen gefolgt waren. In einem Falle Metastase — nach 8 Monaten in der Coecumgegend; im zweiten Falle- nach 3 Jahre in der Lunge; im dritten Falle- im Laufe einer Woche in der Gegend der Maxilla und os zygomaticum. Im I-ten und 3-ten Falle waren Ca; im 2-ten hat der Kranke verweigert eine Biopsie zu machen. 2 Kranken wurden radical operiert. 3 gingen auf eine Operation nicht ein; die übrigen 13 wurden kastriert; später geröntgt.

Ein Teil der Kranken lebten noch von I bis 3 Jahre. In dem Artikel ist eine Statistik von Chester, Chevassu und Hinman angegeben.

Schlüsse: 1) Jeder Fall, der mit einem Tumor in den Knochen oder in den anderen Organen ankommt, und dabei in den Hoden einen Tumor hat, obwohl derletzte schmerzlos ist, muss als Seminom oder Sarcommetastase betrachtet werden. 2) Falls eine Geschwulst im Hoden vorliegt, soll immer an einer Bösartigkeit gedacht werden. Seminome kommen in dem besten Lebensalter vor. Sarcome—in verschiedenem Alter und sogar bei Kindern. 3) Falls eine Bösartigkeit vorliegt, soll womöglich früh operiert werden und zwar radikal nach Chevassu-Gregoire, mit nachfolgender Röntgentherapie, was die beste Resultate ergibt. Die Prognose ist im allgemein schlecht.

---

*Gyd. J. Jocius.*

## Stemplės karcinomos klausimu.

(Iš I Chirurginės klinikos. Vedėjas — prof. d-ras V. Kuzma)

Iš daugelio stemplės ligų labai žymią vietą užima josios vėžys. Šita liga pavojinga ligoniui del to, kad, taikant net radikaliausią priemonę — operaciją ir papildant ją rentgenoterapija, pagijimai, ypač jos krūtinės dalies, yra gana reti.

Čia aprašomas ligonis V. R., 37 metų amžiaus, amatininkas; atsigulė į kliniką 1940 m. rugsėjo mėn. 25 d.

Anamnezė. Nesveiku save laikąs jau 7 mėnesius. Susirgęs palengva, be temperatūros pakilimo, pajutęs sunkumą ryjant, skausmų neturėjęs. Prieš mėnesį sirgęs plaučių uždegimu, pagijęs ir neblogai jautęsis, tik ryti vis darėsi sunkiau. Prieš 2 savaites nušalęs, gerklėje atsiradę skausmai, nuryti beveik visiškai nebegalėjęs ir dabar sunkiai ryjąs net skystą maistą. Paskutiniu metu labai sulysęs ir nusilpęs.

Sirgęs du kartu plaučių uždegimu ir prieš 18 metų urethritis gonorrhoica; sifilį neigia.

Tėvas gyvas, gerai jaučiąsis, motina mirusi šiltine.

Retkarčiais išgeriąs, daug rūkydavęs.

St. praes. Ligonis vidutinio ūgio, taisyklingos kūno sudėties, blogos mitybos, sveria 51 kg., lūpų, burnos ir ryklės gleivinės išbalusios, oda gelsvo atspalvio, po akimis tamsūs šešėliai, kalba labai neaiški. Širdies tonai ryškūs, temperatūra 37,3°, pulsas — 71, ritmiškas, gerai prisipildęs; kraujospūdis 105—85, nusėdimas 1 v. — 44, 2 v. — 72; Wassermann'o reakcija neigiama.

Kairiojoje ligonio kaklo pusėje, musculus sternocleidomastoideus užpakalyje, žemutiniame jo trečdalyje, matomas silpnai pasireiškęs, kietos konsistencijos, nejudrus, palpuojant neskausmingas, neaprėžtomis ribomis iškilimas.

Sprendžiant iš ligonio nusiskundimų, čia turėtų būti stemplės stenozė ar striktūra.

Striktūros, vadinamos kompresinėmis, susidaro spaudžiant stemplę iš išorės: tuberkuliozinėms limfinėms liaukoms, skydinės liaukos navikams, aneurizmoms, kvėpuojamosios gerklės vėžiui, pleuros ir perikardo eksudatams, širdies hipertrofijai, dideliems periezofaginiams pūlynams, prisipildžius pulsatoriniam divertikului, mediastinumo navikams, stuburo anomalijoms ir kt.

Obturacinės striktūros susidaro del pakitimų, kylančių iš stemplės spindžio vidaus: navikai, polipai, svetimkūniai, difterinės plėvės, soor grybeliai ir kt.

Ligonio apžiūrėjimo, tyrimo ir anamnezės duomenimis šituo atveju negali būti prigimtos, randinės ir uždegiminės, o etiologiniu atžvilgiu lieka tik neoplazminės ir spazminės striktūros.

Stemplėje randamų navikų pasitaiko gerybinių ir blogybinių. Gerybiniai gana reti, iš jų fibromos paprastai labai mažos, nors pasitaiko ir didelių. F a h r aprašo fibromą, einančią nuo stemplės pradžios iki kardijos su rijimo pasunkėjimais. Lipomos irgi labai retos, randamos tarp gleivininio ir raumeninio sluogsnių. Iš gerybinių dažniausios čia būna myomos, bet ir tai literatūroje aprašyta esą tik apie 20 atsitikimų (F i s c h e r). Žinoma, anot jo, nevisi atsitikimai pastebimi arba aprašomi. Šitos dažniau esti apatinėje stemplės dalyje, tik keletas atsitikimų buvę aukščiau. Formos atžvilgiu jos apvalios, ar net žiedo pavidalo, bet vis delto labai retai stenozuojančios taip, kad ir nemažos pastebimos tik sekcijos metu. Būna pavienės ir kelios nuo riešuto iki 12,8 × 5,4 cm didumo, aprašytos C o a t s'o. Pasitaiko kartu myoma ir karcinoma, bet blogybinio išsigimimo esą nepastebėta.

Epitelinės kilmės gerybiniai navikai čia dar retesni. Iš jų: polipai, adenomos, mišrūs augliai, dermoidai, fibroepiteliomos; pastarosios dažniausiai tokios mažos, kad sunku pasakyti, ar tat nėra chroniško uždegimo hiperplazijos pasėka. S c h r i d d e aprašo žirnio didumo fibroepiteliomą, rastą stemplės įėjime. Tokios fibroepiteliomos galinčios išopėti ir, pereidamos į blogybinį pobūdį, virsti karcinomomis (R o s e n h e i m).

Iš blogybinių navikų C a r r a r o aprašo stemplės perivaskulinę hemangioendoteliomą, davusią metastazes į plaučius, kepenis ir skrandį. Iš pigmentinių B a u e r'io aprašyta 69 metų vyro priekinėje stemplės sienoje riešuto didumo pirminė melanoma, perėjusi į trachėją.

Iš visų navikų čia būdingiausios karcinomos ir sarkomos, nors pastarosios vis delto nėra per dažnos, daug rečiau pasitaikančios, negu karcinomos (F i s c h e r). Stemplės sarkomomis serga nejauni žmonės. Vidutiniškas jų amžius 55 metai. Sarkomos mėgsta daugiau priekinę stemplės sieną, ypač apatiniame jos trečdalyje. Pasitaiko polipinė ir difūziška sarkomos infiltracijos forma; šita panaši į karcinomą, net mikroskopiškai ji sunku skirti. Iš polipinių formų būna pavieniai ir daugybiniai polipai; visi jie išeina iš submukozės. B o r r m a n n aprašo 16 cm ilgio sarkominį polipą. Metastazinės sarkomos stemplėje labai retos.

Dažniausi stemplės navikai — karcinomos. Iš E v a l d'o aprašytų 382 stemplės stenozių buvę 308 blogybinės ir tai daugiausia karcinominės kilmės. Paprastai stemplės karcinoma serga pagyvenę asmenys. Vidutiniškas amžius — 53 iki 58,5 me-

tų. Pasak Heimann'o, 5% prieš 40 metų, 38% tarp 50—60 metų. Jauniausias jo pacientas buvęs 19 metų amžiaus; o Cuisez aprašo 14 metų mergaitę, turėjusią stemplės karcinomą.

Dažniau stemplės karcinoma serga vyrai, negu moterys. Pagal Heimann'ą — 88%, pagal Feldner'į — 86%.

Organų atžvilgiu stemplės vėžys užima ketvirtą vietą. Pirmą vietą užima skrandžio, antrą — genitalijų, trečią — žarnų karcinoma. Berlyno Charité 8 metų statistikos duomenimis buvę 692 susirgimai vėžiu, iš jų 67 atsitikimais stemplės vėžys — 9,7%.

Mėgstamiausios stemplės karcinomos vietos atitinka fiziologinius susiaurėjimus: ties žiedine gerklų kremzle, bifurkacija, diafragma bei kardija.

Dažniausiai pasitaikančios stenozuojanti skirrhus ir medularinė, labiau išsiplečianti su didelėmis išaugomis ir įdubimais, karcinomos formos. Duodamos metastazes, plečiasi įvairiais keliais tolyn: limfagyslėmis į raumenis ir per juos į purųjį, apie stemplę esantį, audinį. Dažnai paliečia gretimus organus: viršuje ryklę, priekyje gerklas, mediastinumą, plaučius, pleurą, perikardą, didžiąsias kraujagysles, širdies raumenis, stuburą, skrandį. Iš nervų dažniausiai paliečiamas nervus recurrens ir sympathicus. Palietus grįžtamąjį nervą, gaunamas pirminis reliatyvus simptomas — balso stygų paralyžius. Kairysis paliečiamas dažniau, negu dešinysis. Palietus simpatinį nervą, gaunama vienos veido pusės paraudimas, kitos išbalimas, pusės veido prakaitavimas, paliestos pusės vyzdžio ir vokų plyšio susiaurėjimas, šviesos reakcijos atsilikimas ir akies obuolio įdubimas.

Bronchus ir tracheją perauga pusė visų atsitikimų. Juos peraugus, greičiau ištinka mirtis del respiracinės pneumonijos, plaučių gangrenos, rečiau nuo nukraujavimo.

Apie 36% visų stemplės karcinomų būna be metastazių (Sauerbruch). Pagal Vokietijos patologų statistiką, iš 664 stemplės karcinomos atsitikimų 1920—21 metais, 261 buvęs be metastazių, 403 su metastazėmis, kurių daugiausia buvę regioninėse limfinėse liaukose.

Išnagrinėję striktūrų priežastis, grįžkime prie ligonio.

Pilnai diagnozei nustatyti svarbu anamnezė — išsivystymas palengva, rijimo sutrikimas, gretimų organų įtraukimas — nervus recurrens su jo simptomais, suliesėjimas. Daug padeda rentgenas. Prašviečiant karcinomos atveju dažniausiai būna stemplės spindžio susiaurėjimas, kurio pradžia paprastai dantyta, nelygi; pats susiaurėjimas tik labai retai tebūna per visą stemplės spindžio ilgį. Kartais ir rentgenu negalima tiksliai nustatyti susiaurėjimo priežasties; ypač sunku skirti stemplės spazmai fiziologinių susiaurėjimų vietose, nes ir karcinoma gali sukelti spazmus. Aiškumo dėliai kartais tenka kartotinai prašviesti, duoti atropino, papaverino, arba padaryti ezofogoskopija ir jos metu biopsija.

Prašviečiant ligonį rentgenu pastebėta, kad jis nuryti gali tik labai mažą kontrastų kiekį, kuris laikosi ryklėje recessus pyriformes ir valleculae epigloticae srityse. Išvada: įtariama ryklės parezė.

Visi tyrimo duomenys, anamnezė ir ligos simptomai kalba už blogybinį stemplės naviką, greičiausiai už dažniau pasitaikančią karcinomą.

Nustačius karcinomos diagnozę, tenka pagalvoti apie prognozę ir terapiją. **Prognozė** šitais atvejais yra bloga. Negydyti kartais tegyvena tik kelias savaites, ilgiausiai užtrunka 1—2 metus. H a c k e r aprašo išgyvenusį 4 metus.

**Terapija** — konservatyvi ir operatyvi. Iš konservatyvių priemonių taikomos: praplėtimas zondu, dauerkaniulės, rentgeno - ir radioterapija. Iš šitų pirmieji būdai dabar laikomi net žalingais, o vien tik rentgenoterapija ligoniui padėti galima labai nedaug. Daugiau pritaikomas radijas; ypač jam tinkami striktūruojančios karcinomos atsitikimai — suardžius dalį naviko, pagerėja rijimas. Taikant radioterapiją, pastebėta beveik visais atsitikimais pagerėjimas — pakildavęs svoris ir gyvenimas prailgėdavęs visu pusmečiu. B e c k aprašo šituo būdu gydytą ligonį, gyvenusį dar 2½ metų.

Kiek geresnė kai kuriais atvejais operatyvi terapija — gastrostomia, oesophagostomia, rezekcija. Šita pastaroji kartais gali išgelbėti ligonio gyvybę. Pasak K i r s c h n e r - N o r d m a n n'o, iš 69 rezekcijų kaklo srityje mirę 19 (27,5%), o darytų rezekcijų krūtinės dalies iš 82 baigėsi mirtimi 81 (98,75%). Pasak L o t h e i s s e n'o, taikant abdominalinę operacijos metodę, iš 27 pasveikę 4 (14,8%), o kombinuotą transpleurinę metodę (S a u e r b r u c h, Z a a i j e r) — iš 37 nei vienas nepasveikęs.

Mūsų atsitikimu pasirinkta operatyvi terapijos priemonė, būtent, stemplės rezekcija, ir ligonis pradėtas jai rengti.

L i g o s e i g a. IX. 28 d. ligonis visiškai negali nuryti. Padaryta gastrostomia. Temperatūra, pakilusi iki 38,4°, per kelias dienas išsilygina. Po savaitės ligonis pradeda jaustis daug stipriau, truputį pavaikščioja.

X. 21 d. Ligonis jaučiasi gerai, pakilęs kūno svoris, temperatūra normali.

X. 22 d. Operacija vietinėje tutokaino anestezijoje. Vertikalus pjūvis ties medialiniu kairiojo musculus sternocleidomastoideus kraštu. Nutraukus raumenis į lateralinę pusę, prieita prie anties kiaušinio didumo auglio, peraugusio stemplę ir fiksuoto prie stuburo ir gerklų epiglotinės kremzlės viršaus. Išlaisvinus stemplę, nupjaunant peraugusią epiglotis viršūnę ir atskyrus ją nuo stuburą supančių audinių, rezekuota 7—8 cm ilgumo karcinomos paliesta stemplės dalis. Trūkstamai stemplės daliai padengti išpjautas iš užpakalinės ryklės sienelės gleivinės su pagleiviniu sluogsniu lopas, kuris pasuktas 120° kampu žemyn ir fiksuotas prie distalinio rezukuotos stemplės galo. Tuo būdu sujungti stemplės proksimalinis ir distalinis galai. Operacijos žaizda užsiūta, paliekant tamponą ir dreną.

X. 25 d. ligonis skundžiasi skausmais ir nemiga.

X. 29 d. išimtas tamponas.

XI. 8 d. išimtas drenas. Žaizdos pakraščiai sulipę.

XI. 15 d. ligonis mėgina ryti skystą maistą, bet negali. Zonduotas. Nepravedus zondo, įvestas 21 nr. bužas.

XI. 17 d. Operacijos žaizda sugijo per secundam. Ligonis be skausmų praryja mišrų maistą.

XI. 26 d. Ligonio svoris pakilo nuo 51 kg jam atsigulant, iki 55 kg., jaučiasi daug stipresnis, valgo ir gerai nuryja mišrų maistą, kalba daug aiškiau, bet prikimusiai. Laringoskopuojant kairiojoje pusėje balso styga nejuda, jos užpakalinėje dalyje matomas iškilimas, greičiausiai infiltratas. Epiglottis pakrypusi į dešinę, jos žemutinėje dalyje kairiojoje pusėje randas. Mikroskopinio tyrimo duomenimis (prof. Vintleris) — carcinoma keratodes.

Ligonis iš klinikos išvyko sustiprėjęs, jausdamasis beveik sveikas. Patarta po mėnesio atvykti rentgenoterapijai.

1941. I. 7 d. ligonis atvyko į kliniką, sveriąs 64 kg., balsas pakimęs, kartais jaučiąs sunkumą ryjant. Kitų nusiskundimų neturįs. Nusiųstas rengenoterapijai.

Atrodo, kad stemplės karcinomos, ypač jos viršutinės dalies, atsitikimais taikytina operatyvi terapija, nes konservatyvios priemonės tik trumpam laikui pailgina ligonio gyvenimą, visiškai jo neišgydydamos, o po radikalios operacijos yra visiškų išgijimų. Nevisais atsitikimais galima ir operatyvi terapija, tenka juos pasirinkti, kad sumažėtų pooperacinių mirimų skaičius.

Pas mus klinikose stengiamasi taikyti operatyvi terapija. Iš pradžių daroma gastrostomia; vėliau, ligoniui sustiprėjus, daroma radikalinė operacija, papildant ją rentgeno - bei radioterapija, kreipiant dėmesį į dietą — abusus alcoholi, nicotini ir t. t.

**Naudotoji literatūra.**

1. Bier, Braun u. Kümmell: Chirurgische Operationslehre. B. II. 1920.

2. F. Henke ir O. Lubarsch: Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie.

3. Kirschner-Nordmann: Die Chirurgie. 1926.

4. „Zentralblatt für Pathologie".

**К вопросу о раке пищевода.**

Автор описывает случай рака пищевода в области шеи; после операции получено значительное улучшение.

В I-ой Хирургической клинике Каунасского Университета при раке пищевода, особенно в верхней части его, применяется оперативная терапия, дополняя ее рентгено- и радиотерапией.

**Zur Frage des Oesophaguscarcinom.**

Verfasser beschreibt einen Fall von Speiseröhrenkrebs im Halsgebiete, welcher nach der Operation eine erhebliche Besserung des Zustandes zeigte.

An der I chirurgischer Abteilung der Universitätsklinik zu Kaunas wird bei Speiseröhrenkrebs besonders im Halsgebiete eine operative Therapie mit Röntgen bzw. Radium Bestrahlung kombiniert.

---

*Gyd. T. Šiurkus,*
I Chirurginės klinikos asistentas.

# Veido defekto plastikos klausimu.

Karo metu ir įvairiais nelaimingais atsitikimais, be kitų kūno dalių, neretai nukenčia ir veidas. Be to, gana dažnai veidas būna sužalojamas įvairiais chemikalais iš keršto arba darbo metu įmonėje. Taip pat ir del piktybinių navikų augimo neretai lieka subiaurotas veidas. Per 10 metų (1925—1934 m. imtinai) Kauno Un-to Chirurginėje klinikoje gulėjo 274 ligoniai su įvairių veido dalių piktybiniais navikais, kurių dauguma buvo operuota ir navikai pašalinti. Karcinomos, kaip žmogaus sveikatai žalingas piktybinis auglys, reikia kuo greičiausiai pašalinti, o pašalinus lieka dažnai biaurūs veido defektai. Kartais tie veido defektai būna ne tik ne kosmetiški, bet apsunkina arba nėt trukdo tam tikras burnos, akių vokų ir kt. funkcijas. Todėl labai svarbu funkcijos ir kosmetikos atžvilgiu išlyginti vienokiu ar kitokiu būdu susidariusieji veido defektai. Įvairių defektų padengimu rūpinasi plastinė chirurgija, kurios tikslas yra atstatyti sužalotų kūno dalių funkciją ir kosmetiką. Ištaisant veido defektus, svarbu sutvarkyti sužalotosios veido dalys taip, kad žmogus galėtų tinkamai maitintis ir kad nebūtų žymių buvusių veido trūkumų. Šituo atveju labai daug nemalonumų sudaro n. facialis sužeidimai. Vienais atsitikimais esamieji veide defektai sužaloja facialinį nervą, kitais reikia vengti jį sužaloti, ištaisant esamus defektus.

Veido defektams padengti yra įvairių būdų, k. a., odos iš defektui artimų žaizdos kraštų suartinimas, laisvų odos lopų ir odos lopų ant kojelės persodinimas į defekto vietą:

1. Maži defektai galima padengti, suartinus mobilizuotus žaizdos odos kraštus, ypač tose kūno vietose, kur oda yra kiek laisvesnė.

2. Dideliems odos defektams padengti reikalingi dideli lopai, kurie geriausia naudoti ant kojelės, paėmus iš tolimesnių žaizdai sričių. Veido defektams atstatyti lopai yra naudojami iš kaktos, galvos, kaklo ir žasto srities (K i r s c h n e r), bet pavojinga lopai tam tikslui imti iš veido defektui gretimų vietų, kad nenukentėtų n. facialis ir ductus parotideus, jei jie dar nėra esamojo defekto sunaikinti. Ruošiant plastikai lopą, svarbu, kad jis būtų taip paimtas, kad būtų geras jo maitinimas krauju, todėl lopo kojelė turi eiti kraujo indų kryptimi (H. B r a u n, V. K u z m a). Lopo forma privalo atitikti defektą; geriau imti kiek didesnis lopas. Lopas negali būti per siauras, nes nepadengs reikalingo defekto; jis negali būti ir per ilgas. Kai yra reikalingas didelis lopas, tai geriau panaudoti du lopai (E i s e l b e r g).

Aprašant transplantuojamo lopo privalumus, reikia būtinai turėti galvoje, kad lopas būtų paimtas tam tikro storumo su poodiniu sluoksniu; juo poodinis sluoksnis storesnis, tuo ir prie lopo privalo jo daugiau būti. Prof. V. Kuzma yra išvedęs tam tikrą formulę transplantuojamų lopų privalumams nustatyti. Mat, darant plastiką gana svarbu turėti galvoje, kad būtų geras transplantuojamo lopo maitinimas krauju. Tat pareina nuo įvairių sąlygų: nuo kojytės platumo, lopo storumo, ilgumo ir nuo susisukimo į vamzdelį, tunelio sienelių spaudimo į jį ir bendrų organizmo mitybos ypatybių bei jo atsparumo (V. Kuzma).

Transplantuojamo lopo maitinimo pareinamumą nuo visų čia suminėtų faktorių prof. V. Kuzma reiškia išvesdamas šitokią formulę:

$$M = \frac{P. S}{I. V. T} \cdot k$$

M — yra lopo maitinimas krauju; P — yra lopo kojytės platumas; S — jo storumas; I — lopo ilgumas, V — lopo susisukimas į vamzdį, T — tunelio sienelių spaudimas.

Jeigu lopo ilgumas (I) yra didelis, tai jo mityba (M) yra bloga. Tą lygtį mes turime su keletu nežinomųjų, kas paprastai praktikoje pasireiškia lopo kraštų nekrozavimu.

K — yra proporcingumo koeficientas, kuris reiškia bendrus organizmo maitinimo ypatumus bei jo atsparumą.

Kai defektas yra nešvari žaizda, tai ji reikia išvalyti, padaryti aseptiška; atnaujinus kraštus, lopas prisiūtinas ketgutu ar šilku, bet taip, kad lopas nebūtų įtemptas, kad neįvyktų nekrozė. Kai transplantuotas lopas yra prigijęs, tuomet mažais etapais per kojelę yra perkerpamas.

Lopai ant kojelės imami iš tolimesnių veido defekto vietų ir iš gretimų dalių. H. Neuhauser veido defektams padengti naudoja gretimus lopus, kurie yra pasukami į šoną ne didesniu, kaip 90° kampu. Šoninis lopų, paimtų iš gretimų vietų, pasukimas yra naudojamas Dieffenbach'o vokų plastikai. Pasak Verf'o, veido defektams padengti yra universali metodė, jo vadinama „Rotation der Wange“, kuri tinka naudoti visiems veido defektams išlyginti. Šituo atveju pjūvis pareina nuo defekto didumo ir jo lokalizacijos. Apskritai, „Rotation der Wange“ atvejais pjūvis pradedamas ant viršutinio defekto krašto ir eina per skruostą lanku pagal ausį žemyn iki kaklo aukščiau žandikaulio krašto. Gale šito pjūvio padaroma 1—2 cm pjūvis aukštyn. Tuo būdu padarius pjūvius, galima skruostas pakelti aukštyn; dar labai svarbu tai, kad čia nenukenčia raumenys ir nervai. Pasak Verf'o, „Rotation der Wange“ atveju būna daug geresnė kraujo apytaka, negu visų kitų lopų ant kojelių atvejais, ir, be to, gaunama geresnė kosmetika, negu naudojant lopus. Po operacijos Verf nepataria ap-

rišti, bet laikyti skruostą ramybėje, nesijuokti, nekalbėti ir nekramtyti maisto. Šitas lopas tenka naudoti darant skruostų, lūpų, vokų ir nosies defektų plastiką (H e r h o l d).

E u g. P ò l y a, pašalinęs iš veido srities naviką, atseparuoja keturkampį, į apačią apvalytą, odos lopą iš maseterio srities ir gretimos kaklo srities. Viršutinis lopo kraštas yra beveik viduryje maseterio. Šitas lopas yra apkarpomas iš visų kampų, kojelė paliekama arcus zygomaticus srityje ir, pasukus 90° ligi 120° kampu, padengiamas veido odos defektas. Tuo būdu E. P ò l y a gaudavo ganą gerą kosmetinį rezultatą.

G e r s u n y defekto gretimais padaro lopą ant plačios paodinės kojelės ir pasuka į defektą. Šitas būdas turi tą gerą ypatybę, kad iš karto visas lopas yra prisiuvamas defekto vietoje ir vėliau nebereikia kojelės pjauti. Senas ir prityręs plastikos žinovas L e x e r veido defektams padengti naudoja lopus iš galvos ir kaktos odos. Jo lopas eina per visą odos storumą iki galea aponeurotica ir temporalinėje srityje su lopu paimama fascia temporalis arteria temporalis superior apsaugoti. L e x e r'io pjūvis eina priekyje ausies iki vidurinio priekinio galo os zygomaticum, o užpakalyje iki ausies kaušelio prisikabinimo ir apima art. auricularis. Žodžiu, visas lopas guli tarp skruostikaulio lanko ir ausies grybelio ir turi pistoleto formą. Paruoštas toks lopas pasukamas į veido defektą ir prisiuvamas, o kojelė po 10—15 dienų nukerpama. L e x e r tą lopą naudoja skruostų ir smakro defektams padengti; o E i s e l b e r g dideliems veido defektams išlyginti naudoja dvigubą L e x e r'io lopą. Paimto lopo vieta padengiama sutraukiant odą vienokiu ar kitokiu būdu, o jei to negalima, tada T h i e r s c h'o plastikos pagalba. L e x e r paimtais iš galvos ir kaktos lopais padengia įvairius veido defektus; o H. M e y e r aprašo keletą atsitikimų, kur jam pasisekė apatinio voko plastika iš kaktos odos ant kojelės padarius lopą. Jis plastinę operaciją atlieka šiuo būdu: pjūvis daromas lygiagrečiai su antakiu; jo galas siekia išorinį akies kampą, o pagrindas guli prie vidinio sužalototojo voko akies kampo. Lopas apsukamas 180° kampu, kas jam visai nekenkia. Po 10—14 d. lopo kojelė perpjaunama.

Prof. V. K u z m a panašiai daro antakių plastiką; stingant vienos pusės antakio, paima iš antros pusės antakio nenutraukiamą juostelę ir ją implantuoja į nesamo antakio vietą.

I s r a e l veido defektams padengti naudoja odos lopus iš kaklo ant kojelės. Pjūvis pradedamas žemiau ausies, aukščiau angulus mandibulae ir eina žemyn per kaklą link ryšiakaulio. Lopas padaromas tokio ilgumo, kad jo viršūnė lengvai pasiektų defekto viršūnę apvertus jį aukštyn. Tuo būdu iš kaklo odos atseparuotu lopu padengiami esamieji veido defektai. Lopas prie defekto kraštų prisiuvamas, o po 15 dienų kojelė nukerpama iš karto arba palaipsniui. Baigus kirpti lopo kojelę, lopo

kojelės tiltelis nuvedamas į pirmykštę vietą ir ten prisiuvamas. Iš kaklo odos paimtojo lopo vieta padengiama, sutraukiant odos kraštus, ir tuo būdu išsilygina visi defektai.

Trumpai peržvelgęs pagrindines veido plastikai naudojamas metodes, noriu peržiūrėti ir mūsų klinikoje svarbiausius naudojimo būdus, tad pateiksiu keleto būdingesnių atsitikimų ligos istorijas ir operacijos schemas.

1. Ligos istorijos 6468 nr., K. J., 57 m. amžiaus, žemdirbys, atvyko į kliniką 1940 m. lapkričio mėn. 27 d., skųsdamasis esančia dešiniojoje nosies pusėje žaizdele.

Anamnezė. Prieš vienerius metus kažkur virsdamas susimušęs nosį; greitai pasidariusi ant nosies opelė, kuri negijusi ir pasidengusi šašu. Padarius biopsiją, nustatyta ca basocellulare. Opelę gydant rentgeno spinduliais ir negyjant, pats ligonis pradėjo gydytis įvairiais vaistais, bet opelė vis plėtėsi. Prieš mėnesį opelę pradėjo skaudėti, niežėti, todėl ligonis atvyko į kliniką gydytis operacijos būdu.

St. specialis. Iš dešinės nosies pusės, netoli nosies galo, yra maždaug 20 ct. didumo apskrita nelygi, išgraužtais kraštais ir paviršiumi, negili žaizdėlė. Kadangi tat buvo ca nasi, tai patarta operacija. Vietinėje tutokaino anestezijoje pašalintas navikas sveikų audinių ribose. Pašalinus naviką, atsirado apie 20 ct. monetos didumo defektas, kuris reikėjo pašalinti plastikos pagalba. Tuo tikslu vienas pjūvis padarytas pagal sulcus nasolabialis žemyn, o antras žemiau apatinio voko maždaug lygiagrečiai su apatiniu orbitos kraštu; tarp abiejų pjūvių atseparuotasis veido odos lopas patrauktas pirmyn ir žemyn ir nosies defektas padengtas. Po dviejų savaičių transplantuotasis odos lopas prigijo ir tuo būdu tapo pašalintas nosies defektas, nepalikdamas veide pjūvio žymių, pasislėpdamas natūraliose veido raukšlėse. Navikas kartotinai ištirtas patologo - histologiškai ir rasta ca basocellulare.

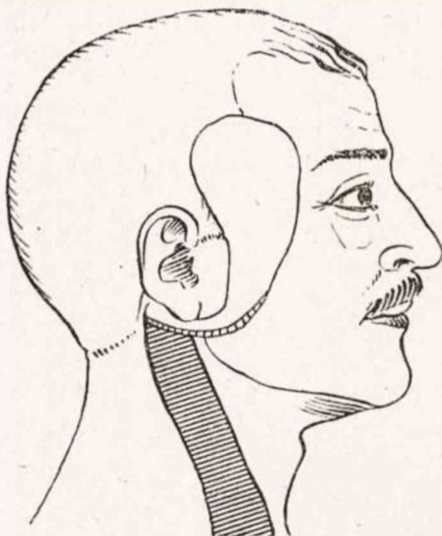
2. Ligos istorijos 6010 nr., J. T., 33 metų amžiaus, darbininkė, atvyko į kliniką 1940. XI. 19 d. skųsdamasi, kad abiejuose skruostuose yra gelsvos spalvos gumbiukai, kurie neskauda, bet kenkia kosmetikai. Prieš keturius metus dešiniojoje veido pusėje atsiradęs mažas spuogelis, kurį išspaudusi, ir po to greit toje vietoje susidaręs pupelės didumo, neskausmingas, gelsvai rausvos spalvos odos sustorėjimas, gumbiukas. Kiek vėliau greta atsiradęs antras, kiek mažesnis, gumbiukas; taip pat ir antrojoje veido pusėje atsiradę du maži gumbiukai. Visą laiką buvusi įvairių gydytojų gydoma įvairiais tepalais, bet nesėkmingai. Vėliau pradėjusi švitintis rentgeno spinduliais, nuo kurių dar labiau pablogėję. Buvo įtarta lupus vulgaris. Padarius biopsiją ir ištyrus patologo - histologiškai, pasirodė, kad esama odos amyloido. Patarta operuotis, būtent, pašalinti iš veido amyloido mazgus.

Vietinėje tutokaino anestezijoje abiejose veido pusėse išpjauti elipso pavidalo simetriški odos lopai su amyloido mazgais sveikų audinių ribose ir, suartinus mobilizuotus defekto kraštus, susiūta. Apatiniai pjūviai vesti pagal sulcus nasolabialis taip, kad, suartinus defekto kraštus, siūlė atitiko sulcus nasolabialis. Tuo būdu susidaręs po buvusios siūlės randas yra paslepiamas natūralioje veido raukšlėje. Po dviejų savaičių ligonė išėjo iš klinikos su vos žymiais pooperaciniais randais, simetriškai abiejose veido pusėse paslėptais nasolabialinėse raukšlėse. Po kurio laiko randams išbalus, visai nebebus pastebima buvusios operacijos žymių.

3. Ligos istorijos 5659 nr., P. I., 63 m. amžiaus, žemdirbys, atvyko 1940 m. XI. 12 d. į kliniką, skųsdamasis gumbu dešiniojoje kaktos ir smilkinio dalyje. Prieš 10 metų pacientas pastebėjęs dešiniajame smilkinyje mažą opelę, kuri vėliau pradėjusi pūliuoti, kartais pasidengdavusi šašu, paskui vėl pūliuodavusi ir niekuomet neužgydavusi. Maždaug prieš 5 mėnesius

opelė pradėjusi staiga plėstis, didėjęs ir pūliavimas. Dešiniojoje frontotemporalinėje dalyje, tarp ausies kaušelio ir lateralinio orbitos kampo, yra maždaug kumščio didumo, minkštos konsistencijos, skausmingas gumbas. Padarius rentgenogramą, kauluos patologiškų pakitimų nepastebėta.

Turint čia karcinomą, pasiūlyta operacija. Bendrinėje eterio narkozėje pašalintas navikas sveikų audinių ribose. Pašalinus naviką, liko didelis dešiniojo smilkinio, kaktos ir dešiniosios viršugalvio pusės audinių defektas (žiūr. 1 ir 2 pieš.), kuris padengtas odos lopu, paimtu ant kojelės iš la-



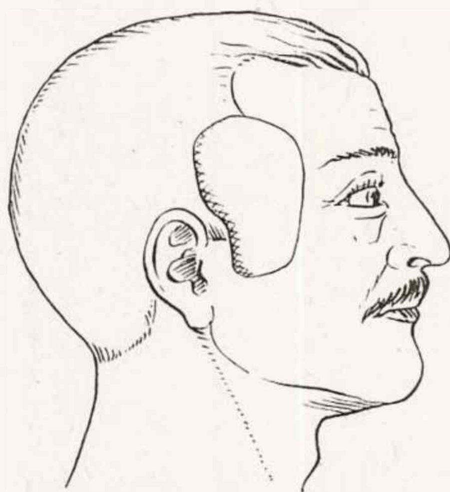
1 piešinys. Parodoma tamsiai brūkšniuota vieta, iš kurios paimtas odos lopas ant kojelės audinių defektui padengti.

teralinės kaklo dalies. Defekto padengimas atliktas šiuo būdu: užpakalyje angulus mandibulae nuo procesus mastoideus padaryti du lygiagrečiai su m. sternocleidomastoideus pjūviai iš viršaus pirmyn ir žemyn maždaug lygiagrečiai su m. sternocleidomastoideus kraštu link ryšiakaulio, tokio ilgumo, kad tarp jų atseparuotas odos lopas savo viršūne pasiektų defekto viršūnę, apsukus jį ant kojelės. Lopo plotis padarytas toks, kad atitiktų defekto plotį. Po dvylikos dienų lopo kojelė pradėta kirpti ir per keletą kartų visai perkirpta ir grąžinta į jos paėmimo vietą. Naviką ištyrus patologo - histologiškai, rasta ca keratodes. Lopu padengtas defektas apaugo barzdos plaukais, kurie susiliejo su galvos plaukais, padengdami operacinius randus, ir kosmetiškai nesiskyrė vieni plaukai nuo kitų.

4. Ligos istorijos 5766 nr., T. A., 78 m. amžiaus, atvyko į kliniką, skųsdamasis naviku priekyje kairiosios ausies grybelio. Prieš kelerius metus ligonis pastebėjo priekyje kairiosios ausies kaušelio mažą opelę, kuri vis plėtusis ir plėtusis, kad ir buvusi gydoma visokiais tepalais. Paliai kairiąją ausį iš priekio yra raudonai melsvos spalvos, vištos kiaušinio didumo, minkštos konsistencijos, skausmingas, išopėjusiu paviršium navikas; įtariama karcinoma.

Pasiūlyta operuotis. Vietinėje anestezijoje pašalintas navikas sveikų audinių ribose. Auglio padarytas defektas padengtas odos lopu, kaip ir anuo atsitikimu, paimtu iš kaklo odos ant kojelės. Ištyrus naviką patologo - histologiškai, rasta ca keratodes.

Abiem paskutiniaisiais atvejais operacija daryta vienu etapu, t. y. pašalinus naviką sveikų audinių ribose, defektas tuojau padengtas sveikos odos lopu. Operacija šitais atvejais, jei nėra infekavusis buvusio naviko vieta, galima daryti ir dviem etapais: 1) pašalinamas navikas ir laukiama, iki žaizda išsivalys; 2) žaizdai išsivalius, transplantuojamas odos lopas. Mūsų atsitikimu, pašalinus naviką, odos lopas transplantuotas į ne visai švarią žaizdą, todėl kiek supūliavo ir sugijo per secundam intentionem. Darant operaciją dviem etapais, reikalingas ilgesnis laikas, nes nemaža laiko praeina, iki žaizda išsivalo; o paskui lopo prigijimas užtrunka 10—14 dienų. Abiem mūsų paskutiniais atsitikimais lopas naviko padarytam veido defektui padengti paimtas iš kaklo lateralinės dalies, užpakalyje au-



2 piešinys. Odos lopas prisiūtas prie audinių defekto kraštų; buvusi odos lopo vieta susiūta.

sies grybelio. Padaryti du pjūviai nuo processus mastoideus, maždaug lygiagrečiai su m. sternocleidomastoideus iš viršaus priekin ir žemyn ir link ryšiakaulio. Minėtas būdas yra kiek panašus į Izrael'io būdą. Izrael pjūvį daro pradėdamas žemiau ausies kaušelio, aukščiau angulus mandibulae, ir eidamas per jį tiesiai žemyn link ryšiakaulio. Mūsų klinikoje prof. Kuzmos nurodymu šituo atveju pjūvis daromas aukščiau ir užpakaliau negu Izrael'io ir eina ne tiesiai žemyn, bet į priekį, kryptimi m. sternocleidomastoideus. Tuo būdu pjūvis neina per angulus mandibulae, bet eina užpakaliau jo ir po juo, ir yra labiau išnaudojamos natūralios kaklo raukšlės, kaip priedanga pooperaciniams randams. Be to, dar vienas patogumas yra

tas, kad šituo būdu paimama laisvesnė kaklo oda ir lengviau yra padengti ne tik veido defektas, bet ir paimtojo lopo vieta.

Mūsų klinikoje transplantuotieji lopai yra prisiuvami dažniausiai ketgutu, kuris yra indeferentiškas ir mažai dirgina žaizdą. Kai kurie autoriai siūlo transplantuotiems lopams prisiūti arklių ašutus, kurie nėra tokie švelnūs ir indeferentiški, kaip ketgutas, bet užtat odoje jie palieka mažesnes žymes.

## Išvados.

1. Darant veido defektų plastiką, svarbu išlaikyti nesužeidus raumenų, nervų, kai lopas transplantuojamas į švarią dirvą.

2. Lopai veido defektams padengti turi būti gerai maitinami, jų didumas ir forma turi atitikti defektą, kad nebūtų didelio tempimo ir spaudimo. Plaukuotos dalys taikomos prie plaukuotų ir atvirkščiai.

3. Po veido defekto plastikos labai svarbu, pacientui sugijus, padaryti lopo korekcija, taikant Verf'o principą.

## LITERATŪRA.

1. Bier, Braun, Kümmel: Chirurgische Operationslehre.
2. Esser: „Zentr. f. Chir." 1919, 22 nr. (referatas).
3. B. A. Gysinun: Plastika lica.
4. Joseph: Sonstige Gesichtsplastik. 1931.
5. Kirschner-Nordmann: Chirurgie, II t.
6. V. Kuzma: Inksto ir šlapiminių takų atstatymo klausimu (disertacija).
7. H. Meyer: „Zentr. f. Chir." 1919, 48 nr.
8. H. Neuhauser: „Zentr. f. Chir." 1919, 21 nr. (referatas).
9. Eug. Polya: „Zentr. f. Chir." 1921, 8 nr.

## По вопросу о пластике дефектов лица.

Для покрытия дефектов лица существует много способов, как, напр., сближение кожи краев раны, пересадка свободных лоскутов кожи и лоскутов кожи на ножке на место дефекта.

Описывая качества трансплантируемого лоскута, важно не забыть, чтобы было хорошее питание лоскута кровью. Это зависит от различных условий, как напр., от ширины, длины, скручивания ножки и пр. Проф. В. Кузма применяет особую формулу: $M = \frac{P.\ S.}{I.\ V.\ T.} . K.$ Для покрытия дефектов существует много способов разных авторов (Kirschner, Dieffenbach, Lexer, Izrael ir пр.). Проф В. Кузма для покрытия дефектов лица употребляет лоскуты кожи из шеи на ножке, на подобие Izrael'я. Izrael начинает разрез ниже уха, выше угла челюсти и идет прямо вниз чрез шею по направлению к ключице, а проф. В. Кузма начинает за углом челюсти от processus mastoideus, ведя два почти параллельных разреза параллельно краям m. sternocleidomastoideus'a и идет в направлении этой мышцы — вперед и вниз. Этот способ похож на способ Izrael'я и очен удобен, ибо больше используются натуральные складки шеи, как прикрытие для рубцов, к тому же здесь кожа бывает значительно свободнее, что очень важно.

**Über die plastische Operationen am Gesicht.**

Es gibt mehrere Methoden die Defekte am Gesichte zu bedecken. wie zum Beispiel, Annäherung der dem Defekte naheliegenden Hautränder, die Übersetzung der freien Hautlappen an Stelle des Defekts und Übersetzung des Hautlappens auf einem Stiele.

Es ist wichtig bei der Beschreibung des transplantierenden Lappens manche Eigentümlichkeiten nicht zu vergessen. Der Lappen muss eine genügende Gefässernährung haben. Diese hängt von verschiedenen Bedingungen ab, wie von der Breite des Steiles, von der Länge von der Umbiegung u. a. Prof. V. Kuzma hat eine Formel vorgeschlagen: $M = \frac{P.S}{I.V.S} \cdot K$. Um die Defekte am Gesichte zu bedecken sind viele verschiedene Methoden (Kirschner, Dieffenbach, Lexer, Izrallel den m. sternocliedomastoideus Rändern und führt ihn nach abwärts, verwendet Prof. V. Kuzma Hautlappen auf dem Stiel, ähnlich wie Izrael. Izrael fängt den Schnitt unter dem Ohr an, etwas höher als angulus mandibalae, und führt ihn gerade über den Hals zur Clavicula. Prof. V. Kuzma fängt den Schnitt hinter dem angulus mandibulae vom processus mastoideus an. Er macht zwei ungefähr parallele Schnitte parallel den m. sternocleidomastoideus Rändern und führt ihn nach abwärts, in der Richtung des Muskels.

Diese Methode ist ähnlich der Izrael'schen. Sie ist sehr bequem, denn dabei werden zur Deckung die naturalen Halsrunzeln ausgenutzt. Die Haut ist hier bedeutend weniger gespannt, was von grosser Wichtigkeit ist.

---

*Gyd. J. Fridmanas.*

## Abscessus Brodie.

(Iš Kauno Un-to I-osios Chirurginės klinikos. Vedėjas—prof. V. Kuzma).

Abscessus Brodie yra savotiška osteomyelitinė ligos forma, kuri pasižymi savo gerybine chroniška eiga, ypatinga lokalizacija vamzdinių kaulų metafizių spongioziniame sluogsnyje, rečiau ir kituose kauluose.

Šitą ligą pirmasis aprašė 1924 metais anglų chirurgas Benjamin Brodie, kurio vardu ji ir vadinama.

B. Brodie amputavęs jauno žmogaus blauzdą del nusiskundimų periodiškais skausmais; paciento blauzdikaulis buvęs sustorėjęs, ir todėl buvęs įtartas piktybinis navikas. Perskrodžius amputuotą koją, apatiniame blauzdikaulio trečdalyje rastas aprėžtas tuštymas, prisipildęs pūlių, o kaulas ir periostas, apsupą tuštumą, buvę labai sustorėję. Vėliau autorius aprašė dar devynis analogiškus atsitikimus, kuriuos operavo ir kurie visi pasveiko. Brodie šitą ligą pavadino „Circumscriebed abscess lined with a granular membrane surrounded by sclerotic bone“, t. y. aprėžtas pūlinys, apsuptas granuliacinio audinio membrana ir kaulo sklerozine zona.

Iki šiol literatūroje aprašyta apie 400—450 šitos ligos atsitikimų. Be abejo, jų skaičius yra žymiai didesnis, bet retai

diagnozuojama, nes gydytojai šitą ligą dažniausiai supainioja su kitomis ligomis.

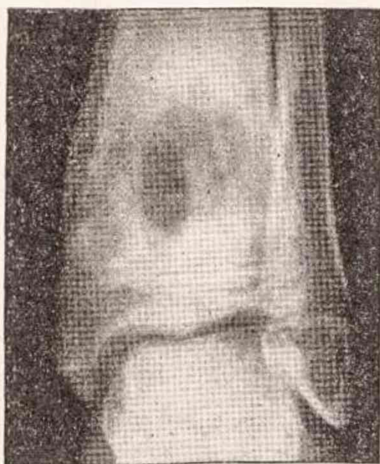
Pagal paskutinę Henderson'o ir Simon'o (iš May'o klinikos) statistiką aprašytų šitos ligos atsitikimų skaičius tesiekia 200. Rusų literatūroje surinkta apie 60 atsitikimų. Iš jų: Reinberg — aprašė 30 atsitikimų, Berezkin — 18 atsitikimų, Mariupolsky — 8 atsitikimus. Bet vien Goldštein ir Kurbargalejev priskaitė per 450 savų iki 1934 metų rentgenodiagnostiškai stebėtų atsitikimų.

**Mūsų atsitikimas.**

Ligonė **J. M.**, 12 metų amžiaus (ligos istorijos 6829 nr.), įstojo į I Chirurginę kliniką su šitokiais nusiskundimais: serganti kelerius metus, skausmai apatiniame dešiniajame blauzdos trečdalyje. Skausmai dažnai pranykstą ilgam laikui, bet vėl atsirandą. Paskutiniu metu ligonė pastebėjusi, kad blauzda sustorėjusi. Kada susirgusi, tikrai negalinti pasakyti, nes skausmai iš pradžių buvę nedideli. Rentgenologo diagnozė: sarcoma cruris.

Status specialis: Objektyvūs duomenys — apatinis blauztrečdalis sustorėjęs. Palpuojant neskauda. Sąnario judesiai neskausmingi ir neriboti.

Rentgeno nuotraukos metafizinėje dalyje matomas apsirėžęs, nevisiškai apvalios formos tuštymas. Periostalinė apozicija medialiai. Sąnarys ir diafizė nepakitę (žiūr. 1 rentgenogramą).



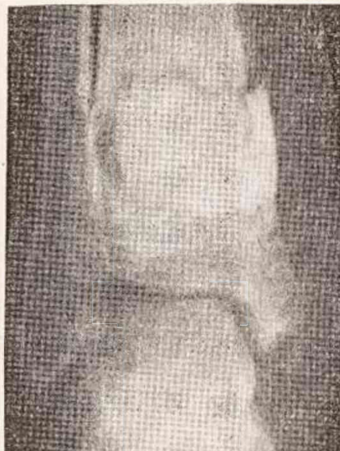
1-oji rentgenograma.
Sustorėjusioje apatinėje deš. blauzdikaulio dalyje matomas ne visai apvalios formos tuštymas (abscessus Brodie).

Laboratoriniai tyrimai: Šlapimų analizė: baltymų ir cukraus nėra. Šiaip nieko ypatingo.

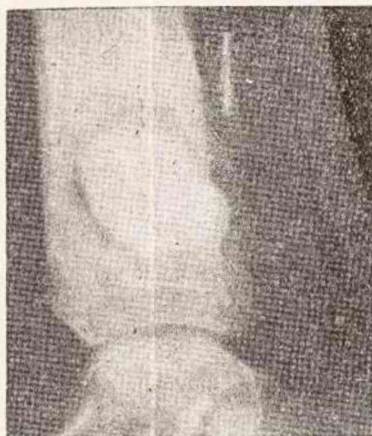
Kraujo morfologinis tyrimas: Hb. 71%, eritrocitų 3.840.000, leukocitų 7.200. Schilling'o formulė: baz. — 0, eoz. — 1, lazd. — 2, segm. — 28, mon. — 3.

Kraujo tyrimas pagal Westergreen'ą: 1 val. — 3, 2 val. — 7.

Operacija: Bendrinėje eterio narkozėje išilginis pjūvis 7 cm. medialiniame blauzdos paviršiuje. Atseparavus antkaulį ir atidarius kaulą, rasta žalsvai pilkos spalvos nedvokiančių pūlių. Tuštymas išvalytas aštriu šaukšteliu, pūliai ir granuliacijos pašalinti; į tuštymą įdėta plomba šitokios sudėties: Rp. Calcii phosphor. 5,0, Calcii carbon. 48,0, Cetacei, Ol. Sesami āā 20,0. Žaizda aklinai užsiūta ir koja imobilizuota gipsu. Pūliuose rastas staphylococcus aureus. Po 10 gipsas pašalintas žaizda greitai sugijo, tik viršutiniame žaizdos kampe atsirado nedidelė fistulė. Subjektyviai jaučiasi labai gerai. Neskauda. Štai rentgeno nuotrauka po operacijos.



2-oji rentgenograma.
(iš priekio)



3-ioji rentgenograma.
(iš šono)

Nuotraukoje, apatiniame blauzdos trečdalyje, matomas ryškiais kontūrais tuštymas, pripildytas plombinės masės.

Dažniausiai procesas lokalizuojasi apatiniame blauzdos trečdalyje, rečiau kituose kauluose. Graciano aprašo vieną atsitikimą, kur procesas buvo užėmęs pusę metafizės ir pusę epifizės.

Pasak Korecky'o statistikos, suserga tibia 75%, femur — 9,4%, humerus — 9,3%, radius — 3%, ulna — 1%. Pasak Sivon'o, proceso ypatinga lokalizacija esanti del to, kad metafizė turtinga kraujo indais. Oehlecker ir Mariupolsky yra aprašę atsitikimą, kur pūlinys buvo lokalizavęsis diafizėje. Grosse, Henderson ir Chiaserini mano, kad pūlinys lokalizuojąsis metafizėje arba riboje tarp metafizės ir epifizės.

Prof. V. Kuzma yra turėjęs keletą atsitikimų, kur procesas buvo lokalizavęsis stipinkaulyje ir kitur. Kuznecov yra aprašęs vieną atsitikimą, kur procesas buvo lokalizavęsis ne tik vamzdiniuose kauluose, bet ir kituose. F. Danovič 1937 metais irgi yra aprašęs keturis atsitikimus abscessus Brodie calcanei.

Manoma, kad užkratas patenkąs į kaulą infekuotu embolu į metafizinį galutinį kraujo indą ir ten pradedąs savo žalingą darbą. Užkratas yra aprėžtas ir neduoda metastazių.

Reinberg (Amerika) mano, kad procesas yra aprėžtas del bakterijų mažo virulentiškumo. Pasak Rupp'o, audinių narveliai, apsupantieji židinį, pasižymį ypatingu baktericidiniu veikimu.

Ligos sukėlėjas — dažniausiai staphylococcus aureus. Kai kurie autoriai, bakteriologiškai tirdami pūlius, rasdavę bac. typhi abdominalis ir bac. paratyphi. Mariupolsky vienu atsitikimu radęs staphylococcus aureus, o antru — sterilius pūlius. Kjaserin trimis atsitikimais radęs staphylococcus aureus, trimis atsitikimais pūliai buvę sterilūs, o vienu atsitikimu radęs bac. typhi abdominalis. Henderson iš 8 atsitikimų 3-mis atvejais radęs staphylococcus aureus, o 5-iais atvejais pūliai buvę sterilūs. Korecky ir kiti sterilių pūlių atsiradimą aiškina bakterijų žuvimu pūlinio turinyje. Analogiškais tyrimais įrodyta, kad osteomyelitis typhosa pūlių pasėjimas įvairiose kultūrose teigiamų duomenų nedavęs.

Prisipildęs pūlių tuštymas yra nuo žirnio ligi kiaušinio dydžio. Aplink tuštymą susidaro sklerozinė zona, ir, del silpnos metafizės regeneracijos savybių, pūlinys būna izoliuotas ir aprėžtas. Tuštymą iškloja dažniausiai membrana pyogenica, padengta granuliaciniu audiniu. Pasak Čaklin'o, sklerozinė zona abscessus Brodie atveju nebūtina.

Henderson ir Simon yra surinkę iš literatūros 200 atsitikimų. Pagal jų statistiką buvę paliesti šie kaulai:

| Lokalizacija | Thomson | May'o klinika | Kitų autorių | Iš viso |
|---|---|---|---|---|
| viršut. tibia dalis .. | 63 | 6 | 4 | 73 |
| diaphysis „ .. | 2 | 1 | 0 | 3 |
| apatinė tibia dalis.. | 42 | 9 | 8 | 59 |
| apat. femur ...... | 18 | 2 | 1 | 21 |
| humerus .......... | 18 | 2 | 0 | 20 |
| radius ............ | 4 | 1 | 0 | 5 |
| ulna .............. | 2 | 0 | 0 | 2 |
| įvair. vietos ...... | 11 | 2 | — | 13 |

Pažymėtina, kad literatūroje aprašytais atsitikimais dažniausiai suserga berniukai.

Pasak Luecke, Rosenbach'o, Ribbert'o, Voelkman'o ir Möhlfed'o, trauma vaidinanti svarbų vaidmenį ligai atsirasti. Helferich mano, kad trauma turinti tik reliatyvią reikšmę ta prasme, kad del traumos susidarąs locus minoris resistentiae.

Kaip aukščiau sakyta, abscessus Brodie pasižymi savo chroniška eiga. Ligoniai skundžiasi periodiškais, arti sąnario esan-

čiais, skausmais. Kreipiasi į gydytoją, kuris, „kaip taisyklė", pripažįsta reumatą ar kitą kurią ligą ir gydo. Kadangi liga pasižymi savo periodiškumu ir skausmai pranyksta, ligonis ir pats gydytojas būna pasitenkinę, kad liga „praėjo ir ligonis pasveiko". Bet, praėjus kuriam laikui, vėl liga pasikartoja. Retais atsitikimais ligą lydi aukšta temperatūra ir dideli skausmai, tada liga nesiskiria nuo ūminio osteomyelito. Neretai ligoniai visai nesiskundžia skausmais galūnėje, tik padarius rentgeno nuotrauką, randama, kad yra liguistas procesas, kuris pašalintinas. Tat galima aiškinti tuo, kad infekcija ilgą laiką būna latentiška, kol atsiranda stimulas, kuris išprovokuoja bakterijų veikimo pradžią.

Neretai sutinsta ir sąnarys, įvyksta pastarojo simpatinis uždegimas. M a r i u p o l s k y tokiame sąnario punktate (bakteriologiškai tirdamas) rado bac. typhi abdominalis. Šitie vokiečių vadinami „Sympatische Gelenkentzündungen", kaip tyrimai rodo, yra ne tik toksinio, bet ir infekcinio pobūdžio.
Sąnario sutinimas ir paraartikulinė infiltracija kaip tik gydytojų sumaišoma su artritais arba paraartritais.

Liga trunka ilgą laiką. K a s a k o v yra aprašęs 5 atsitikimus, kur ligoniai sirgę nuo 2 mėnesių iki 11 metų ir buvę gydyti įvairių gydytojų nuo įvairių ligų, ypač nuo reumato. Ligoniai vaikščiodavę nuo vieno gydytojo pas kitą ir jiems dažnai atrodę, kad nuo vaistų pagerėją, bet tat buvęs tik protarpis, kuriam praėjus vėl skausmai kartodavęsi. Protarpių didumas — nuo savaitės ligi daugelio mėnesių.

Retais atsitikimais pastebimas susirgusios galūnės pailgėjimas. Aiškinama tuo, kad tat įvyksta del nuolatinio dirginamos zonos augimo.

Kadangi liga ambulatoriškai retai diagnozuojama, tai vertėtų **diferencijuoti** nuo kitų ligų, su kuriomis galima supainioti. Mums ateina į pagalbą rentgenas. Osteomyelitis acuta atveju rentgenas teigiamus duomenis duoda tik 14—20 dienų po susirgimo, gi abscessus Brodie atveju — tą pačią dieną. Rentgeno vaizdas būdingas. Nuotraukoje dažnai metafizės srityje, matomas apsirėžęs, ne visiškai apvalus arba net elipsio pavidalo tuštymas. Aplink tuštymą yra sklerozinė zona; antkaulis sustorėjęs. Sekvestrų abscessus Brodie atveju nėra. M ü l l e r, E h r l i c h, V e h l e c k e r, R e i n b e r g ir kt. mano, kad sekvestrų stoka esąs būdingas šitos ligos požymis.

L e v y aiškino sekvestrų stoką tuo, kad del susilpnėjusio bakterijų virulentiškumo procesas neprieinąs iki sekvestracijos. Šitai teorijai visiškai prieštarauja B l o c h'o, M ü l l e r'io ir vėliau K r a u z ė's ir S c h n i t z l e r'io pūlių, paimtų iš abscessus Brodie virulentiškumui nustatyti, tyrimai.

Šita liga tenka diferencijuoti su šiomis ligomis:

1. Tuberculosis:

a) Tbc. atveju rentgeno nuotraukoje, dažniausiai tuberkulioziniame židinyje, matomas sekvestro šešėlis, ko nėra abscessus Brodie atveju.

b) Tbc. atveju pūliai linkę prasiveržti į sąnarį, abscessus Brodie atveju labai retai procesas pereina į sąnarį.

c) Tbc. atveju taip pat gali būti tuštymas, bet jis yra dažniausiai epifizinėje zonoje ir turi palinkimą lokalizuotis distaliau, gi abscessus Brodie atveju tuštymas beveik visada metafizėje.

d) Sergant tbc. visuomet yra kaulo atrofija, abscessus Brodie atveju — retai.

e) Tbc. atveju būna artrito reiškiniai, judesiai aprėžti, kas retai būna abscessus Brodie atveju.

2. Metatifinis kaulo pūlinys: eiga taip pat chroniška, gana gerybinė, bet skiriasi tuo, kad procesas glūdi pars corticalis srityje ir dažniausiai diafizėje.

3. Gumma: savo eiga panaši, bet tuštymas mažas; be to, yra daug kitų kliniškų reiškinių, serologinių tyrimų, kurie lydi šitą ligą.

4. Cancer ir hypernephroma: metastazės taip pat gali duoti tuštymą, bet su didelėmis destrukcijomis ir, antra vertus, randamos metastazės ir kitose vietose.

5. Ostitis fibrosa localisata: tuštymas labai panašus, bet nėra skausmų periodiškumo, kaip abscessus Brodie atveju; be to, nėra periostinės reakcijos.

## Gydymas.

Vienintelė abscessus Brodie tinkama gydymo metodė yra operacija. Šitos ligos konservatyvus gydymas šalininkų neturi.

Brickner pataria daryti keletą skylučių, kad pūliai galėtų laisvai ištekėti. Ceccarelli pataria švirkštu ištraukti pūlius, bet jo metodės šalininkų nėra.

Dauguma autorių prisilaiko tos nuomonės, kad reikia kaulas trepanuoti ir gerai aštriu šaukšteliu išvalyti nuo pūlių ir granuliacinių audinių. Taikant operatyvų gydymą, reikia anksčiau daryti dviejų projekcijų rentgeno nuotrauką, kad gerai būtų nustatyta pūlinio vieta.

Kad nepaliktų kaulą išvalius tuštymas, įdedama plomba ir žaizda aklinai užsiuvama.

Plombų yra įvairių rūšių. Dažniausiai vartojama Moosetig-Moorhof'o plomba, susidedanti iš Rp. Jodoformii 60,0, Spermaceti ir Ol. Vaselini āā 20,0. Beck siūlė savo plombą iš Rp. Bismuthi 60,0, Paraffini, Cerei albi āā 5,0, Vaselini 60,0. Löhr siūlė vartoti, kaip ir osteomyelitis atveju, Ol. jecoris aselli del jo A- ir D- vitaminų.

Martin, Makkez, Carforio ir Chaput yra turėję gerus rezultatus tamponuodami riebalais.

Mūsų klinika šituo atsitikimu pavartojo plombą, kaip sakyta, šitokios sudėties: Rp. Calcium phosphor. 5,0, Calc. carbonic. 48,0, Cetacei, Ol. Sesami āā 20,0. Šita plomba gera tuo, kad yra indiferentiška ir nedirgina audinių.

## Išvados.

1. Abscessus Brodie yra pirminė chroniška osteomyelito forma.

2. Procesas lokalizuojasi dažniau vamzdinių kaulų, ypač blauzdikaulyje metafizėse, rečiau kituose kauluose, k. a. girnelėje (patella), kulnikaulyje (calcaneus) ir t. t.

3. Proceso aprėžtumas pareina nuo audinių narvelių fagocitinių savybių ir silpno bakterijų virulentiškumo, del ko darosi barjeras pyogeninės membranos ir sklerozinės zonos pavidalu.

4. Nustatant abscessus Brodie diagnozę, reikia vadovautis ne tiek rentgenu, kiek anamnezės ir ligos klinišku vaizdu.

5. Liga del gydytojo nepakankamo įsigilinimo retai diagnozuojama.

6. Geriausias gydymas yra chirurgiškas, būtent: pūlinio išvalymas ir jo plombavimas.

## Literatūra.

1. R. M. Danovič: Abscessus Brodie piatočnoj kosti. „Vestnik chirurg". 1937/155.

2. Kasakov-Pokrovskij: Primäre chronische Herdosteomyelitis. „Archiv. f. kl. Chirurgie". 1933.

3. I. B. Kuznecov: Abscessus Brodie. „Vestnik chirurgii". 1937.

4. D. Čaklin: Infekcionnye zabolevanija kostej, sustavov i chriaščej. 1938.

5. Goldštein ir Kurbagalejev: K rentgenodiagnostike i operativnoj terapii tak nazyvajamago kostnogo abscessa Brodie. „Kazansk. Med. Žurn.". 1934 m. 6 nr.

## Абсцесс Бродие.

Абцесс Бродие есть своеобразная форма хронического остеомиэлита, которая характеризуется своим доброкачественным течением, периодичностью и метафизарной локализацией. Процесс локализуется лишь в спонгиозном слое. Там образуются не совсем овальные полости, наполненные гноем. Благодаря фагоцитозу клеток вокруг полости образуется барьер в виде склеротической зоны, чтобы инфекция не распространилась. До сих пор в литературе описано всего только 450—500 случаев. Число случаев в литературе незначительно потому, что эта болезнь редко правильно диагносцируется. В виду того, что процесс находится близ сустава, врачи смешивают ее с другими болезнями. При постановке диагноза этой болезни, очень важно сделать рентгеновские исследования и руководиться анамнезом и клинической картиною. Дифференцировать следует от следующих болезней: 1) острого остеомиэлита, 2) туберкулезного остита, 3) метатифозного костного абсцесса, 4) гуммозного сифилиса кости, 5) ostitis fibrosa cystica localisata.

Единственным методом лечения является оперативное вмешательство.

**Abscessus brodie**

Der Brodie'sche Abscess ist eine eigenartige Form der chronischen Osteomyelitis, gekennzeichnet durch seine metaphysäre Lage, Periodität der Beschwerden und gutartigen Verlauf. Die mit Eiter gefüllte ovale Höhle befindet sich in der Spongiosa und ist von einer verdickten Zone der Corticalis umgeben. Bis 500 Fälle dieser Krankheit sind in der Literatur beschrieben. Die Krankheit ist ziemlich häufig, wird aber öfters verkannt. Die Gelenknähe gibt den Anstoss zur Verwechselung der Affektion mit Tuberculose, Ostitis fibrosa, Guma und anderen Krankheiten. Die operative Behandlung ist die Methode der Wahl.

---

*Gyd. T. Šiurkus.*

## Appendix'o prakiurimo į ureterį atsitikimas.

(Iš Kauno Un-to I-sios Chirurginės klinikos. Vedėjas — prof. V. Kuzma).

Ūminio apendicito klausimas niekada nėra pasenęs, visuomet yra įdomus, svarbus, svarstytinas ir nagrinėjamas visuose gydytojų, chirurgų kongresuose ir mediciniškoje spaudoje, o visuomenės akyse labai populiarus susirgimas.

Paskutiniais keleriais metais mūsų Chirurginėje klinikoje buvo operuota daugiau kaip 100 atsitikimų ūmaus apendicito, iš kurių apie 22% buvo prakiurusių, ir mirtingumas po prakiurusio apendicito operacijų siekė net 16%, o neprakiurusių operuotų ūminių apendicitų mirtingumas tik apie 2%. Vis delto po prakiurusių apendicitų operacijos mirtingumas gana didelis.

Kyla klausimas, kodėl pasitaiko dar šiandien toks didelis procentas prakiurusių apendicitų? Daugelis gydytojų mano, kad apendicito diagnozė esanti labai lengvas dalykas; todėl pasitaiko nemaža klaidų, ir ligoniai pavėluotai patenka į chirurgo rankas. Šituo atveju apendicito diagnozė yra labai svarbus veiksnys, nes ji nėra tokia paprasta ir lengva, kaip kai kuriems kad atrodo. Borhardt'o statistikos duomenimis, diagnozuojant apendicitus ir ūminius apendicitus, praktikos gydytojams pasitaiko 20% klaidų, o chirurgams tik 6%; tat gana stambi klaida. Mat, ūminio apendicito atvejais visi klasiški simptomai neturi viso 100% tikrumo. Kliniškai apendicito vaizdas būna labai įvairus. Retai kuri kita liga duoda tokį įvairų vaizdą, kaip apendicitas. Dažnai būna gangreninių ir destrukcinių apendicitų nesant temperatūros pakilimo. Kai kurie autoriai (Hyel) tvirtina, kad vienas trečdalis visų ūminių apendicitų pirmą parą visai neturi temperatūros pakilimo.

Pilvo raumenų įtempimas (defence musculaire) nevisuomet būna ūminių apendicitų atvejais, todėl jo nebuvimas negali neigti apendicito buvimo. Taip pat neretai pasitaiko destrukcinių apendicitų su normaliu pulsu.

S k a u s m a i, v ė m i m a s i r l e u k o c i t o z ė y r a p a t i k i m i a u s i ū m i n i o a p e n d i c i t o s i m p t o m a i. R e i l'io stebėjimais visų ūminių apendicitų atvejais skausmai buvę 95%, o vėmimas — tik 80%.

Taip pat nemaža sunkumų apendicito diagnostikai sudaro anatominė appendix'o padėtis. Appendix'as dažniausiai guli intraperitonealiai mažajame dubenyje, ileo - cekalinėje srityje, tarp žarnų kilpų; taip pat kartais jis pasitaiko išoriniame vienuogalės (coecum'o) pakraštyje (B i e r). Pasak S p r e n g e l'io, iš šimto apendicito atsitikimų — 50 kartų appendix'as guli į vidų nuo vienuogalės žarnos, 37 kartus — išoriai ir 13 kartų — į viršų. Dažnai retrocekalinė appendix'o padėtis būnanti sunku diferencijuoti nuo kitų susirgimų (R e d w i t z), taip pat operatyviai technikai nemaža sunkumų sudaranti (W u l l s t e i n). Be retrocekalinės intraperitoninės padėties, appendix'as pasitaiko ir retroperitoninėje padėtyje prie užpakalinės sienos į viršų prie dešiniojo inksto arba žemyn prie dešiniojo ureterio. Šita paskutinė appendix'o padėtis yra reta, bet operatyviai techniškai, o ypač diagnostiškai būna sunku diferencijuoti nuo kitų gretimų susirgimų ir duoda įvairių komplikacijų.

Appendix'o diagnostiniams sunkumams iškelti noriu čia aprašyti tokį vieną atsitikimą, gana būdingą, retą ir visais atžvilgiais sunkų.

Ligos istorijos 4622 nr., A. N., 40 metų amžiaus vyras, konduktorius, atvyko į kliniką pernai spalių 18 d., skųsdamasis skausmais dešiniojoje pilvo pusėje, ypač dešiniojoje liumbalinėje srityje, ir dažnu šlapinimusi.

A n a m n e z ė. Jau treji metai kaip ligonis nusiskundžiąs blogu apetitu, atsirūgimu, vidurių kietumu. Pavalgęs sunkesnio maisto, visą laiką jausdavęs spaudimą po krūtine, ėsdavęs riemuo, pūsdavę vidurius. Del minėtų negalavimų nuolat gydęsis, bet nieko negelbėję. Keletą kartų per pastaruosius dvejus metus buvusios darytos skilvio sulčių analizės, ir visada buvęs randamas žymiai padidėjęs rūgštingumas.

Paskutiniu laiku nuolat jausdavęs nedidelius skausmus ileo-cekalinėje dalyje ir dešiniojoje liumbalinėje srityje. Maždaug prieš mėnesį staiga ištikę stiprūs skausmai dešiniojoje pilvo pusėje, kurių kulminacinis punktas buvęs lokalizavęsis dešiniojoje liumbalinėje dalyje, ir dažnai varę šlapintis. Ištyrus šlapimus, rastas regėjimo laukas pilnas leukocitų ir taip pat rasta pavienių eritrocitų. Tuo metu buvusi padaryta cistoskopija: šlapiminė pūslė rasta matomai patologiškai nepakitusi, inkstų funkcija normali; indigo karminas išsiskyręs iš abiejų ureterių po 4½—5 minučių. Keletą dienų ligoniui pagulėjus, skausmai pranykę, pradėjęs normaliai šlapintis ir apie mėnesį jautęsis pakenčiamai, anot paties ligonio.

Prieš dvi dienas staiga pajutęs nedidelius skausmus dešiniojoje apatinėje pilvo srityje, kurie įradiijavę į liumbalinę dalį, bet ligonis į tai nekreipęs dėmesio ir dirbęs toliau savo paprastą darbą. Bet po paros atsiradę labai stiprūs skausmai, pradėję dažnai varyti šlapintis, todėl ligonis atvažiavęs į kliniką del tariamo inksto bei šlapiminių takų susirgimo.

S t. p r a e s. Ligonis vidutinio ūgio ir mitybos, taisyklingo kūno sudėjimo, truputį išblyškęs. Kvėpuojamieji ir kraujo apytakos organai matomai patologiškai nepakitę. Pulsas 78 k. per minutę, taisyklingas, gero prisipildymo. Liežuvis sausokas, baltas, truputį apžėlęs, viduriai kieti, stoka apetito, vemti nevėmė ir nevertė vemti. Pilvas neišsipūtęs, raumenų įtem-

pimo nėra. Palpuojant — dešiniojoje pilvo pusėje ligonis jaučia nedidelius skausmus, ypač ileo - cekalinėje dalyje, kurie persiduoda į nugarą. Dešinioji liumbalinė sritis labai skausminga. Temperatūra 37,2°C. Dažnai varo šlapintis, šlapimai drumstoki, reakcija rūgšti, lyg. svoris 1025, baltymų pėdsakai, indikano yra, urobilinogeno kiekis padidėjęs, mikroskopuojant regėjimo laukas pilnas leukocitų, vietomis susitelkusių krūvelėmis, taip pat rasta pavienių eritrocitų. Kraujyje: Hb — 78, eritroc. 4.530.000, leukocitų — 8.200. Westergreen: 15 ir 24.

Šito palyginti jauno vyro anamnezė (nuolat pasikartoją pilvo plote ir liumbalinėje srityje skausmai, virškinimo sutrikimas ir paskutinėmis dienomis dažnas šlapinimasis) maža teturi patikimų simptomų ligos diagnozei nustatyti. Sprendžiant iš šlapimų tyrimo duomenų (regėjimo laukas pilnas leukocitų, pavieniai eritrocitai, pėdsakai baltymų) ir skausmų lokalizacijos dešiniojoje liumbalinėje srityje, reikėtų spėti inkstų ir šlapiminių takų susirgimą; tačiau tam prieštarauja cistoskopijos duomenys, kurie rodo, kad šlapiminė pūslė, inkstai ir jų geldelės neturi matomų patologiškų pakitimų. Iš to galima padaryti išvadą, kad į šlapiminę pūslę pūliai patenka ne iš šlapiminių takų, bet iš kažkur kitur; todėl reikia manyti, kad šlapiminė pūslė yra susisiekusi su kuriuo nors pūlynu pilvo tuštyme. Dabar kyla klausimas: kur, kurioje pilvo tuštymo vietoje yra tas pūlynas, iš kurio pūliai patenka į šlapiminę pūslę? Ligonį tiriant per rectum nepastebėta jokių patologiškų pakitimų, tik jaučiamas nedidelis skausmingumas dešiniojoje dubens srityje. Iš ligonio anamnezės matome, kad jau treji metai, kaip skundžiasi virškinamųjų takų negalavimais, o paskutiniu laiku nuolat jausdavęs nedidelius skausmus ileo - cekalinėje dalyje ir dešiniojoje liumbalinėje srityje, todėl tenka ieškoti pūlyno vienuogalės (coecum'o) ir appendix'o srityje, kuri yra įvairių virškinamųjų takų uždegiminių susirgimų centras.

Pasak De Quervain'o, retroperitoniškai esą liumbalinėje dalyje uždegimai daugiausia priklausą inkstams ir šlapiminiams takams. Kai dalyvauja ir pilvaplėvė (peritoneum), tai paprastai tais atvejais eina kalba apie apendicitą; kai tik skausmų būna paliesta ileocekalinė sritis, liumbalinė apendicito forma nevisuomet yra intraperitoninė, nes appendix'as, nors ir retai, bet pasitaiko ir retroperitoniškai ir tuo būdu pilvaplėvės simptomai būna labai menki arba beveik nepastebimi.

Maždaug prieš parą ligonis pajutęs stiprius skausmus, pradėjęs pūsti vidurius, pajutęs sausumą burnoje. Žodžiu, šituo atveju nebuvo svarbių svarbiausių klasiškų apendicito simptomų: t° 37,2C, pulsas 78, taisyklingas, gero prisipildymo, nėra pilvo raumenų įtempimo. Iš patikimiausių apendicito simptomų ne tik vėmimo, bet ir pykulio nebuvo, tik buvo skausmai ir padidėjusi leukocitozė.

Reikia manyti, kad ligonis jau keletą metų serga chronišku apendicitu, kuris laikas nuo laiko paūmėdavęs, pasunkindamas

virškinamųjų takų sutrikimus. Prieš mėnesį staiga buvę užėję stiprūs skausmai, varę dažnai šlapintis, o šlapimuose buvę daug pūlių, nes, matyti, tuo laiku išplytėjęs pūliavimo procesas ir susidaręs appendix'e pūlynas prasiveržęs ne į sėdimąją žarną, kaip dažniausiai būna, bet į dešinijį ureterį, nes šituo atveju appendix'as, būdamas retroperitoniniu organu, buvo gretimais dešiniojo ureterio ir ilgainiui, chroniško uždegiminio proceso dėka, buvo suaugęs su juo. Todėl cistoskopuojant ureterio - appendix'o fistulę, pro kurią ėjo pūliai į pūslę, nebuvo galima pastebėti, bet šlapimuose buvo daug pūlių, nepaisant, kad šlapiminiuose takuose nebuvo matoma patologiškų pakitimų. Keletą dienų ligoniui pagulėjus, pūliavimo procesas stabilizavosi, skausmai pranyko, šlapinimasis susitvarkė ir ligonis maždaug mėnesį jautęsis patenkinamai. Dabar prieš dvi paras pūliavimo procesas vėl paūmėjo, atsirado skausmai, fistulė atsinaujino ir šlapimuose pasirodė pūliai, pradėjo dažnai varyti šlapintis.

**Operacija.** X.19 d. vietinėje tutokaino anestezijoje, vėliau bendrinėje eterio narkozėje padaryta apendektomija. Appendix'as rastas retrocekaliai, retroperitonealiai, labai sustorėjęs del chroniško uždegiminio proceso, suaugęs su dešiniuoju ureteriu ir prakiuręs į ureterį. Appendix'as pašalintas, ureteris susiūtas, įstatytas drenas ir pilvo siena užsiūta.

Po 18 d. žaizda užgijo. Ligonis jautėsi visai gerai, viduriai normalūs, apetitas geras, liežuvis neapžėlęs, jokių skausmų nebejautė, šlapinosi normaliai. Patikrinus šlapimus jokių patologiškų pakitimų nekonstatuota. Po pusantro mėnesio ligonis vėl patikrintas. Subjektyviai jokių nusiskundimų neturi: apetitas geras, viduriai tvarkingi, jokio spaudimo po krūtine nebejaučia, valgyti viską gali, riemuo nebeėda, nebeatsirūgsta, vidurių nebepučia, šlapinasi visai normaliai. Norėta ištirti skilvio sunka, bet ligonis atsisakė nuo tos nemalonios procedūros, kadangi esąs visiškai sveikas.

Iš aprašytojo gana retai pasitaikančio atsitikimo galime padaryti šitokią išvadą:

1) Apendicito diagnozė nėra taip lengva, kaip daugelis kad mano, nes kliniškai apendicito vaizdas būna labai įvairus ir, pasak B o r h a r d t'o, net prityrę specialistai padarą nemaža klaidų.

2) Appendix'o prakiurimas į ureterį yra nepaprastai retas atsitikimas, bet, kaip matyti iš aprašytojo mūsų atsitikimo, akylai ligonį ištyrus, diagnostika būna nepersunkiausia.

LITERATŪRA.

1. B i e r, B r a u n, K ü m m e l: Chirurg. Operationslehre.
2. D e Q u e r v a i n: Spezielle Chirurgische Diagnostik.

## Случай перфорации appendix'а в мочеточник.

Вопрос об остром апендиците всегда важен, интересен и обсуждается на всех конгрессах хирургов и в печати. Многие врачи думают, что диагноз апендицита очень легок; поэтому встречается немало ошибок, и больные с опозданием попадают в руки хирурга.

Клиническая картина апендицита бывает очень разнообразной. Редко какое-нибудь другое заболевание дает такую разнообразную картину, как апендицит. Также не мало затруднений для диагностики апендицита представляет анатомическое положение appendix'а, ибо иногда appendix лежит ретроцекально и довольно редко ретроперитонеально. Это последнее положение appendix'а бывает редко, а диагностически бывает очень трудно дифференцировать от других соседних заболеваний.

У автора был один случай апендицита, в котором appendix лежал ретроцекально, ретроперитонеально и перфорировал в правый мочеточник. Этот случай некоторое время симулировал своей клинической картиной заболевание мочевых путей. Поэтому при цистоскопии мочеточниково - appendix'ового свища, через который гной попадал в мочевой пузырь, невозможно было заметить; в моче же было много гноя, а в мочевых путях небыло патологических изменений.

Перфорация appendix'а в мочеточник происходит чрезвычайно редко. По всестороннем исследовании больного, постановка диагноза была не очень трудной.

## Ein Fall der Perforation der Appendix in den Ureter.

Die Frage der akuten Appendicitis war immer wichtig und interessant. Die Chirurgen besprechen stets diese Frage auf den Kongressen und in den Zeitschriften.

Viele Ärtzte glauben, dass die Diagnose der Appendicitis sehr leicht sei, deswegen vielleicht gibt es oft Fehler und die Kranken kommen zum Chirurg verspätet an.

Der klinische Verlauf der Appendicitis ist verschieden. Es gibt selten eine andere Krankheit mit so einem verschiedenen Verlauf, wie die Appendicitis. Die anatomische Lage des Wurmfortsatzes macht die Diagnostik schwierig. Manchmal liegt der processus vermiformis retrocoecal und selten retroperitoneal. Die letztere Lage des Wurmfortsatzes kommt sehr selten vor und erschwert in diesem Falle die Differentialdiagnose. Der Autor hat einen Fall von Appendicitis gehabt wo der Wurmfortsatz retrocoecal, retroperitoneal lag und in den rechten Ureter perforierte. In diesem Falle simulierte die Appendicitis in ihrem klinischen Verlauf die Entzündung der Harnwege. Keine pathologische Veränderungen wurden während der Cystoskopie bemerkt, obgleich im Urin viel Eiter war. Während der Operation wurde die Appendix retrocoecal und retroperitoneal gefunden. Die Appendix selbst war durch die chronische Entzündung verändert, aufgeschwollen, mit dem rechten Ureter verwachsen und in denselben perforiert. Deswegen wurde die Fistula uretero - appendicularis, durch welche der Eiter in die Harnblase abfliesste. Während der Cystoskopie nicht bemerkt. In den Harnwegen waren auch keine pathologische Veränderungen zu bemerken.

Die Perforation der Appendix in den Ureter ist besonders selten. Doch ist die Diagnostik nach gründlicher Untersushung des Kranken nicht zu schwer.

---

*Gyd. J. Vaitoška.*

# Trauminis kelio sąnario išnirimas.

## (LUXATIO GENU TRAUMATICA).

(Iš K. Un-to I Chirurginės klinikos. Vedėjas — prof. V. Kuzma).

Gana retai pasitaikąs kelio sąnario išnirimas atsitinka tada, kai koja stipriai pastatyta ir smūgis krinta į blauzdą iš šono arba iš pryšakio. Smūgio įtakoje plyšta sąnario kapsulė su raiščiais ir nuo blauzdikaulio sąnarinių paviršių nuslysta šlaunikaulis.

Teoriškai, atsižvelgiant, į kurią pusę nuo blauzdos nuslysta šlaunikaulis, skirstomos penkios kelio sąnario išnirimo formos. Jis gali nuslysti į priekį, į užpakalį, į išorę, į vidų, arba apsisukti apie išilginę ašį. Dažniausiai pasitaiko mišri išnirimo forma, kombinuota su ašine dislokacija. Iš literatūroje aprašytų

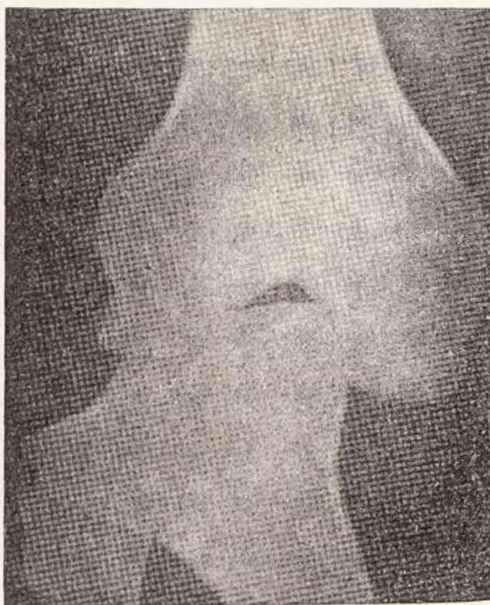


1-oji rentgenograma.
Luxatio genu anterior lateralis (iš šono).

atsitikimų dažniausiai pasitaiko išnirimas į išorę (luxatio genu lateralis) su mažais nukrypimais į priekį arba į užpakalį. Luxatio genu anterior lateralis atveju kojos pėda yra pes valgus padėtyje ir atsisukusi į išorę; luxatio genu posterior lateralis atveju pėda yra pes varus padėtyje ir truputį atsisukusi į vidų. Kitos kelio sąnario išnirimo formos labai retai atsitinka.

Anatominiai pakitimai. Plyšta sąnario kapsulė vienoje arba keliose vietose, o luxatio lateralis atveju — ir kryžminiai sąnario raiščiai įplėšiami arba nutraukiami. Iš paraartikulinių audinių sužalojimų dažniausiai atsitinka mm. popliteus, gastrocnemius ir vastus medialis. Su m. vastus medialis prie kaulo prisikabina ligamenta cruciata ir ligamenta collateralia medialia, kurie kartu yra sužeidžiami. Luxatio genu anterior lateralis atveju dažniausiai yra sužeidžiami nervai (paralysis n. peronei), o luxatio genu posterior lateralis atveju — kraujo indai, kurie užspaudžiami arba plyšta kartu su paraartikuliniais audiniais; kaip pasėka, kad ir greit reponavus liuksaciją, įvyksta blauzdos nekrozė.

Ligos istorijos 3537 nr. Ligonis K. P., 35 m. amž., darbininkas, atvyko į kliniką 1940 m. rugsėjo mėn. 22 d.



2-oji rentgenograma.
Luxatio genu anterior lateralis (iš priekio).

Anamnezė. Ligoniui einant skersai gatvę, iš užpakalio ant jo užvažiavęs automobilis ir parmušęs ant žemės. Ligonis pajutęs didelius skausmus dešiniosios kojos kelio srityje; taip pat skundžiasi skausmais krūtinės srityje.

Status praesens: ligonis aukšto ūgio, tvirto kūno sudėjimo, geros mitybos, oda švari — neišberta.

Kvėpavimo organai: auskultuojant girdėti vezikuliškas alsavimas, vietomis silpni smulkūs karkalai; perkutuojant, garso pakitimų nėra.

Širdis: tonai švarūs, ribos neišsiplėtusios, tvinksnis gerai prisipildęs, normalus.

Virškinamaisiais organais nesiskundžia.

Nervų sistema normali.

Status specialis: dešiniosios kojos pėda pes valgus padėtyje, pasisukusi į išorę, kelio sąnarys sutinęs, deformavęsis: m. vastus medialis srityje po oda apčiuopiamas condylus medialis femoris. Pėdos negali pakelti aukštyn del n. peroneus paralyžiaus, susijusio su buvusia trauma. Arteria dorsalis pedis — apčiuopiama pulsacija.

Padarius rentgenogramą rasta luxatio genu anterior lateralis. (Žiūr. 1 ir 2 rengenogramas).

Gydymas. Bendrinėje eterio narkozėje sulenktas kelio sąnarys $90^0$ kampu, rotuojant į vidų reponuoti sąnariniai paviršiai. Uždėta šina.

IX. 24 d. Kelio sąnarys skausmingas; patikrinus rentgenu, rasta, kad sąnario kaulai yra savo vietoje, ir kitų patologiškų pakitimų nesurasta. (Žiūr. 3 rentgenogramą).

IX. 27 d. Medialinėje kelio sąnario pusėje yra susidariusi haematoma, kuri punktuota ir ištraukta 50 ccm. hemoraginio skysčio.

X. 7 d. Kartotinė punkcija, iš kelio sąnario ištraukta 50 ccm. gelsvo skystimo. Uždėtas gipsas.



3-ioji rentgenograma.
Patikrinus rentgenu rasta, kad kelio sąnario kaulai yra savo vietoje, ir kitų patologiškų pakitimų nerasta.

X. 8 d. Ligonis pradėjo vaikščioti, bet pėdos į viršų pakelti negali del paralysis n. peronei.

X. 17 d. Kelio skausmai maži. Ligonis vaikščioja. Dešiniosios kojos pėdos aukštyn nepakelia (paral. n. peron.). Išrašomas namo, patarus nešioti gipsą 3 mėnesius, o po to atvykti į kliniką vėl pasirodyti.

1941. I. 13 d. Patikrinus sveikatą rasta: gipsas nuimtas prieš 10 d. vietinio gydytojo. Blauzdos raumenys truputį atrofiški. Per kelio sąnarį lankstosi laisvai: ištiesia $180^0$ kampu ir sulenkia $90^0$ kampu, toliau lenkiant jaučia skausmą; blauzdą addukuojant ir rotuojant jaučia nedidelį skausmą kelio sąnario išorinėje pusėje. Ligamenta collateralia et cruciata sutrikimo simptomų nerasta. Palpuojant apčiuopiamas skausmingas randas aukščiau capitulum fibulae (neuroma nervi peronei). Pėdos negali pakelti aukštyn, del n. peroneus paralyžiaus, ir užtat eidamas šlubuoja; pronuoti ir supinuoti pėdą gali. Gilusis jautrumas normalus. Skausmo ir lietimo jautrumas sumažėjęs nuo čiurnos sąnario pėdos dor-

salinėje pusėje, o hiperestezija blauzdos išorinėje viršutinėje srityje. Daugiau pavaikščiojus, pėda patinstanti.

Ligoniui patarta daryti kojos vonios, masažai, nešioti batus suvarstomais auliukais ir su plokštelėmis, o po 4—6 savaičių vėl patikrinti sveikata.

## Išvada.

Kelio sąnario išnirimas yra sunkus kūno sužalojimas, net ir po greit pavykusios repozicijos dažnai palieka funkcinius kojos trūkumus.

**Literatūra:**


1. Böhler: Technik der Knochenbruchbehandlung 1938. B. II.
2. Wullstein u. Küttner: Lehrbuch der Chirurgie B. II.
3. „Zentralblat f. Chir." 1938 m.
4. Bier, Braun, Kümmel: Chirurgische Operationslehre.



**Травматический вывих колена.**

Вывих коленного сустава случается редко. Во время вывиха разрывается суставная сумка и бедренная кость соскальзывает с суставной поверхности.

Самый частый вывих случается в латеральную сторону. Вывих есть тяжелое повреждение сустава и после репозиции часто остаются функциональные расстройства.

**Traumatische Luxation des Kniegelenkes.**

Die Luxation des Kniegelenkes kommt selten vor. Während der Luxation wird die Gelenkkapsel zerrissen; der Schenkel gleitet von der Gelenkfläche ab. Am öftersten findet statt die Luxation lateralwärts. Die Luxation ist ein schweres Gelenktrauma. Nach der Reposition verbleiben oft functionelle Störungen.


---

*Gyd. Ip. Čiburas.*

# Hypernephroma humeri dextri metastaticum.

(Iš Kauno Univ-to I Chirurginės klinikos. Vedėjas prof. V. Kuzma).

Nemažą kaulinės sistemos blogybinių navikų dalį sudaro įvairių blogybiškai degeneruotų organų metastazės. Yra nustatyta, kurie organai ir į kuriuos blogybinius navikus degeneravę daugiausia duoda metastazių į kaulus. Čia tenka pakalbėti apie hypernephroma, kuri gana dažnai metastazuoja į kaulus. Pasirėmę literatūra, sužinome, kad maždaug trečdalis hipernefromos atsitikimų būna lydimi metastazių kauluose, k. a.: Schinz randa 35%; Geschickter ir Copeland iš 63 Gravitz'o navikų metastazių kauluose rado 22 arba 34,9%; Lubarsch, skrosdamas lavonus, radęs 32,2% metastazių.

Vienuose kauluose hipernefromos metastazių pasitaiko dažniau, kituose rečiau. Copeland iš 22 atsitikimų nustatė, kurie kaulai dažniausiai būna paliesti ir kurią eile. Jo duomenimis šita eilė esanti šitokia: vertebrae, femur, os coccygis, costae, ossa cranii, sternum. Visų kitų autorių patiektais duo-

menimis hipernefromos metastazių eilė yra nustatyta šitokia: femur, vertebrae, ossa cranii, humerus et costae.

Neretai, esant hipernefromos metastazėms kauluose, pasitaiko spontaniškų fraktūrų. Geschickter ir Copeland iš 22 tokių metastazių atsitikimų rado 45,5% savaiminių kaulų lūžimų.

Čia noriu aprašyti kazuistinį atsitikimą, kur ligonė pateko į chirurginę kliniką del spontaniškos fraktūros ir tik čia rasta, kad tat yra hipernefromos metastazė.

Ligos istorijos 5729 nr., 1940 m. Ligonė A. O., 70 m. amž., šeimininkė, atvyko į kliniką del fractura humeri dextri.

Šią vasarą, rugpjūčio mėn., ligonei palengva, be jokios priežasties, pradėjusi skaudėti dešinioji ranka. Po mėnesio skausmai rankoje pasidarę smarkūs, ligonė negalėjusi dirbti ir todėl kreipusis į gydytojus, kurie pripažinę reumatą ir nuo jo gydę. Bet skausmai nepraėję. Per tą laiką ligonė suliesėjusi. Lapkričio mėn. 13 d. ligonė, norėdama užsirišti batukų raiščiukus, kiek atlošusi ranką į šalį, pajutusi rankoje smarkius skausmus ir negalėjusi rankos pajudinti. Buvęs atgabentas gydytojas, kuris pripažinęs rankos lūžimą, ir, jo patariama, atvykusi į kliniką. Gimdžiusi 12 kartų, persileidimų neturėjusi. Visi vaikai gimę gyvi. Šlapinasi nedažnai, be skausmų. Šlapimuose kraujo niekada nepastebėjusi.

Objektyviai. Blogos mitybos, odos spalva gelsva, gleivinės išblyškusios. Tvinksnis 86 per minutę, taisyklingas, vidutiniškai prisipildęs. Širdies tonai duslūs. Plaučių ribos išsiplėtusios, paslankumas sumažėjęs, perkutuojant pakitimų nepastebėta, susilpnėjęs vezikuliškas alsavimas. Žemutinėse plaučių dalyse vietomis randama smulkių drėgnų karkalų. Kepenų ir blužnies neapčiuopiama. Pilvas neįtemptas, apčiuopiant neskausmingas. Inkstų srityje jokio auglio neapčiuopiama. Šlapinasi be skausmų, gana retai, kraujo šlapimuose nėra. Dešiniosios rankos žasto srityje patinimo nėra, odos spalva nepakitusi, palpuojant lūžimo vietoje, ligonė jaučia aštrius skausmus. Tarp kaulų jaučiama krepitacija. Rentgenogramoje matoma patogeninė fractura humeri dextri viduriniame trečdalyje. Lūžimo vietoje kaulas dekalcinavęs, nelygiais kraštais.

Padaryta biopsija: medžiaga išsiųsta į Patologinės Anatomijos Institutą ištirti. Gautas atsakymas: hypernephroma metastaticum humeri dextri. Darant biopsiją, priėjus prie kaulo, aplink lūžimo vietą rastas kietas kaulo periostas, per lūžimo vietą įėjus į kaulo vidurį, rasta minkštų masių, kurias pajudinus šaukšteliu, pradėjo labai smarkiai kraujuoti. Teko tamponuoti, uždėtas gipsas.

Cistokopuojant rasta: pūslė normalaus talpumo, gleivinė nepakitusi. Ureterio angos nepakitusios. Indigokarminas , suleistas į veną, pasirodė abipus po 6 minučių gerai nusidažiusia ir gera srove. Ureteriniai kateteriai sulindo be kliūčių. Padaryta rentgenograma su kontrastiniu preparatu.

Kraujo vaizdas: Hb 50%, leukocitų 7.100. Kraujo WaR — negatyvi. Kraujyje rasta 80 mgr % cukraus.

Šlapimuose rasta: Lyg. sv. 1016. Reakcija — rūgšti. Baltymų — pėdsakai. Cukraus — nėra. Indikano labai daug. Urobilinogeno — pėdsakai. Nuosėdose regėjimo lauke 5—8 leukocitai, 10—15 eritrocitų ir 3—5 šlapimų takų epitelio narveliai.

Padaryta exarticulatio humeri dextri ir medžiaga dar kartą nusiųsta Patologinės Anatomijos Institutui ištirti. Gautas atsakymas: hypernephroma metastaticum. Žaizda sugijo, nežymiai supūliavusi. Ligonė išsirašė.

Prieš išrašant dar kartą ištirti šlapimai, kuriuose rasta: reakcija — rūgšti; baltymų — pėdsakai, cukraus, acetono, tulžies pigmentų — nėra; indikano — yra. Urobilinogeno — gana daug. Kraujo nėra. Nuosėdose: pavieniai leukocitai ir eritrocitai, gana daug amorfinių uratų, keletas hyalininių cilindrų. Prašvietus rentgeno spinduliais krūtinę, rasta: plaučiuose matyti emfizemos reiškiniai. Hilių sritys plačiai dėmėtos; hilių druožiai labai stipriai pasireiškę. Dešiniojoje pusėje, viršutinėje dalyje, tarp druožių matomas neaiškus dėmėtumas. Širdies ir stambiųjų indų šešėlis — normos ribose. Aortos šešėlis ryškus. Pleuros sinusai laisvi.

Čia yra aprašytas atsitikimas, kur iš spontaniškos fraktūros buvo susektos hipernefromos metastazės. Tačiau kliniškai susirgimo nepavyko išaiškinti. Nei naviko, nei hematūrijos, kuri pagal A l b a r r a n'ą būna 75%, pagal M o f f i t'ą — 90%, o pagal L i l i e n t h a l'į — 100%, nei skausmų, kurie pagal I m b e r t'ą būna 35%, čia nepastebėta. Čia randama tik kacheksija. K a u f m a n n dalina hipernefromas į dvi pagrindines grupes: a) gerybines ir b) blogybines. Esant gerybinei hipernefromos formai, navikai būna maži, būna po kapsule arba žieviniame sluogsnyje ir gali metais neduoti kliniškų simptomų. Čia aprašytu atsitikimu, atrodo, ir buvo gerybinė hipernefromos forma, kuri simptomus gali duoti tik po kelerių metų nuo pirminio susirgimo pradžios. Prognozė, jau esant metastazėms, yra absoliučiai bloga.

*Išvada:* Laikoma gerybine hypernephroma vis delto gali būti gana blogybinė, nes duoda metastazes į kaulus, iš kurių ir nustatoma diagnozė.

**Literatūra.**

1) H e n k e - L u b a r s c h: Handbuch der speciallen Patologische Anatomie, 1939 m. IX. 4.
2) K i r s c h n e r - N o r m a n: Chirurgie.

Автор описывает казуистический случай hypernephroma humeri dextri metastaticum, диагноз которого был установлен на основании самопроизвольной фрактуры. Клинически первичного очага гипернефромы не удалось установить.

Была сделана exarticulatio humeri dextri. Больная из клиники выписалась. Полагаем, что это была доброкачественая форма гипернефромы и что только впоследствии выяснится место первичного заболевания.

В заключении упоминается, что, хотя hypernephroma считается опухолью доброкачественною, однако она может быть достаточно злокачественною, так как дает метастазы в костях. На основании последних и устанавливается суть заболевания.

**Zusammenfassung.**

Der Autor beschreibt einen Fall von Hypernephrom des rechten Oberarmes metastatischer Natur, der durch spontane Fractur aufgeklärt wurde. Klinisch gelang es nicht den Ort des primären Herdes des Hypernephroms festzustellen. Es wurde eine Humerusexartikulation vorgenommen. Die Kranke verliess die Klinik. Es wird geahnt, dass der Fall zu den gutartigen Hypernephromsarten gehöre, und das nur in Zukunft der Ort des primären Herdes aufgeklärt sein könnte.

Zum Schlusse meint der Autor, dass obwohl das Hypernephrom zu den gutartigen Geschwülsten gezählt wird, doch bösartig sein kann, da Metastasen in den Knochen hervorruft, aus denen die Diagnose gestellt wird.

*Gyd. J. Matusevičius.*

# Hepatopeksija.

(Iš Kauno Un-to I-sios Chirurginės klinikos. Vedėjas — prof. V. Kuzma)

Hepatoptozė gydoma pirmiausia konservatyviai: pakeliami vidaus organai ir pilvas apjuosiamas atitinkama juosta bei ramsčiais. Be to, reikalinga nuolatinė pilvo raumenų gimnastika. Operacijos indikacija pareina nuo to, kiek pacientas pasiduoda konservatyviam gydymui.

Čia suminėsiu keletą hepatopeksijų būdų:

Billroth pirmas pamėgino operatyviniu būdu pašalinti kepenų nusileidimą. Jis Sprengel'io pjūviu prieina prie kepenų. Kepenys ranka arba kompresu pakeliamos į viršų. Paslankusis kepenų priekinis kraštas fiksuojamas prie priekinės pilvo sienos ketgutu arba šilku. Eilė siūlų vedama pro kepenų parenchimą ir pritvirtinama prie peritoneum'o fascijų bei raumenų. Tuo būdu kepenys fiksuojamos suaugimais, kurie atsiranda siūlų srityse tarp kepenų serozinio apvalkalo ir peritoneum'o.

Poppert modifikuoja Billroth'o metodę ta prasme, kad tarp atskirų siūlų įvedamos merlės juostelės suaugimams padidinti.

Depage ir Franke nutraukia peritoneum'o su fascija žiursto pavidalo gabalą nuo priekinės pilvo sienos. Peritoneum'u su fascija aplenkiamas priekinis kepenų kraštas ir fiksuojama prie kepenų iš apačios. Be to, pats peritoneum'as su fascija fiksuojamas prie priekinės pilvo sienos.

Pagal Schlange metodę peritoneum'as atidalinamas nuo diafragmos, nutraukiamas žemyn, apsukamas apie kepenų kraštą ir fiksuojamas prie apatinio kepenų paviršiaus. Be to, dar uždedamos kepenų — pilvo sienos siūlės. Kepenų serozė suauga su diafragma nuo peritoneum'o atskirtoje vietoje, ir kepenų nusileidimas pasidaro nebegalimas.

Pagal Gross'o ir Bircher'io metodę išnaudojamas lig. teres. Bircher, atpalaiduodamas lig. teres hepatis, suklostydamas lig. falciforme išilgai, pakelia kepenis ir fiksuoja prie fascijos ir proc. xyphoideus.

Kayser, darydamas hepatopeksiją, kreipia dėmesį į pilvo sienos plastiką. Medialiniu pjūviu lig. teres perkerpamas ir kepenys pakeliamos aukštyn. Atpreparuojamas lopas horizontaliniu pjūviu iš užpakalio, per 3—4 pirštus nuo stuburo, ties X-tu šonkauliu ir priekyje per 2—3 pirštus nuo medialinės linijos ties IX-tuoju šonkauliu. Pjūvis siekia tik peritoneum'ą ir fasciją transversalis iki muskulatūros. Peritoneum'as su fascia, atpreparuotas nuo diafragmos, nutraukiamas žemyn ir tuo būdu susidaro kišenė, į kurią įstatomas dešinysis užpakalinis kepenų kraštas. Kitų priemonių kepenų fiksacijai nereikalinga, bet galima kišenės kraštas fiksuoti prie sustorėjusios apatinio kepenų

paviršiaus kapsulės. Pagal šitą metodę darant hepatopeksiją, reikalingas atsargumas, kad nepasidarytų pneumothorax.

Pilvo sienos plastika daroma šitokiu būdu. Pjūvis nuo proc. xyphoideus iki symphysis. Oda su poodine narveliena atpreparuojama iš abiejų pusių rankos plaštakos pločio. Dešiniosios pilvo pusės gilesnieji sluoksniai perkeliami į kairiąją iš vidaus ir fiksuojami šilko siūlėmis prie peritoneum'o, o kairioji į dešiniąją pusę ir fiksuojama iš viršaus. Odos perteklius pašalinamas.

A. Krymov'o metodė. Paimama iš fascia lata juostelė, kuri perveriama pro kepenų parenchimą. Jos abu sparnai skyrium pervedami pro dviejų šonkaulių tarpus ir fiksuojami prie šonkaulio periosto. Juostelės galai sukabinami. Kepenų parenchima perveriama toje vietoje, kur kepenų storis siekia 4—5 cm. Aprašytoji metodė buvo pritaikyta 18 metų mergaitei. Po trejų metų recidyvo nebuvo. Buvo daryti bandymai su šunimis ir pastebėta kepenų parenchimoje pakenkimas audinių tik aplink fascijos juostelę.

Visi anksčiau aprašyti būdai, išskyrus Gross'o, Bircher'o ir Kayser'o, daugiau ar mažiau žaloja kepenų parenchimą. Kayser'o būdas, be to, yra susijęs su pneumothorax'o pavojumi.

Mūsų klinikoje vartojamas savas būdas — pakeltų kepenų fiksacija.

Ligonė V. V., 29 metų, atvyko į kliniką su skausmais dešiniojoje hypochondrium'o srityje ir iradijuojančiais skausmais į dešiniąją mentę. Paskutiniu laiku skausmai pasidarę didesni ir dažnesni. Ligonė buvusi pas chirurgą, kuris atsiuntęs į kliniką operuoti. Objektyviai apžiūrėjus ligonę, buvo rasta skausmingumas tulžies projekcijoje ir žymiai nusileidusios kepenys. Iš kitų organų nusiskundimų nerasta.

Ligonė operuota bendrinėje eterio narkozėje. Courvoisier'o pjūvis. Prieita prie tulžies pūslės. Pastaroji rasta nedideliuose suaugimuose, išlaisvinta. Rasta žymus hepato-et renoptosis. Padaryta hepato-et renopexia. Uždėta šilko siūlė per peritoneum viršum viršutinio inksto poliaus, truputį iš užpakalio. Peritoneum pritrauktas prie priekinės pilvo sienos bei apatinio šonkaulio lanko. Pritraukus peritoneum prie priekinės pilvo sienos, susidaro peritoneum'o duplikatūra, ant kurios remiasi kepenys.

Ligonė išsirašė iš klinikos pasitaisiusi. Po keturių mėnesių ligonė jautėsi gerai.

Ligoniams, kurie serga visų vidaus organų ptoze, sunku padėti operatyviniu būdu; sergantiems vieno ar dviejų organų ptoze galima operatyviniu būdu daug padėti, kaip ir šituo atveju.

**Literatūra.**

1. Bier, Braun, Hümmel: Chirurgische Operationslehre.
2. Kirschner - Nordmann: Chirurgie.

3. A. Krymov: Zur Technik der Hepatopexie bei Wanderleber.
4. „Viestnik chirurg". 1930.

Описывается лечение гепатоптоза. Приводится несколько способов лечения гепатоптозов которые применяются разными авторами. Автор описывает способ, употребляемый в Каунасской университетской клинике для лечения гепатоптозов.

**Zusammenfassung.**

Hier wird die Hepatoptose - Behandlung beschrieben. Es sind einige Beispiele der Hepatoptose - Behandlung verschiedener Autore angegeben. Hier wird die eigene Behandlung der Hepatoptose an der Chirurgischen Universitätsklinik zu Kaunas angegeben.

---

*Gyd. Vyt. Damijonaitis.*

## Paradentozės gydymas ultravioletiniais spinduliais.

(Iš K. Un-to Stomatologijos ir Dentiatrijos katedros. Vedėjas—prof. P. Stančius).

Viena aktualiausių, dar neišspręstų problemų stomatologijoje yra paradentozės gydymas. Šitam susirgimui gydyti vartojama daug priemonių, tiek konservatyvių, tiek chirurginių. Šitomis priemonėmis dažnai pasiekiama gražių rezultatų, bet ne visuomet, del to, be turimų gydymo priemonių, vis ieškoma naujų, kurios, rasi, galėtų duoti dar geresnių rezultatų.

Paradentozės esmę sudaro alveolinių ataugų atrofija. Kartais šita atrofija būna horizontalinė, kartais vertikalinė. Horizontalinės atrofijos atvejais alveolinės ataugos briauna su burnoje esančių dantų išilgine ašimi sudaro maždaug statųjį kampą, t. y. alveolinės ataugos briaunos ir danties ašies santykis yra toks pats kaip normaliai, tik alveolinė atauga nesiekia tokio danties aukščio kaip normaliai, ji nesiekia danties kaklelio. Horizontalinė atrofija yra palyginti gerybinė paradentozės forma.

Žymiai sunkesnė forma yra vertikalinė alveolinės ataugos atrofija. Tokiais atvejais alveolinės ataugos briauna su išilgine danties ašimi sudaro smailą kampą, t. y. tarp alveolinės ataugos ir danties susidaro kaulinė kišenė, kuri gali būti įvairaus gilumo.

Tiek horizontalinės, tiek vertikalinės atrofijos atveju gali susidaryti ir minkštųjų dalių kišenės, t. y. kišenės tarp gingivos ir danties. Tokios kišenės ilgainiui pasidaro nuolatinis infekcijos šaltinis. Tuo būdu paradentozės gydymo pirmasis uždavinys yra pašalinti minkštųjų ir kietųjų audinių kišenės taip, kad būtų išvengta jų recidyvo, ir sustabdyti alveolinės

ataugos atrofijos progresavimas. Idealas, be abejo, būtų pasiektas tada, kai pavyktų sukelti atrofuotos alveolinės ataugos regeneracija.

Visomis iki šiol vartotomis priemonėmis buvo galima pašalinti minėtos kišenės ir daugiau ar mažiau sustabdyti kaulo atrofijos progresavimas. Pastaruoju metu paradentozei gydyti gana plačiai pradėta vartoti ultravioletiniai spinduliai. Daugelis autorių aprašo pasiektus tuo būdu labai gerus rezultatus, sukeliant netgi iki tam tikro laipsnio atrofuotos alveolinės ataugos regeneraciją. Ypatingai teigiamų rezultatų, vartojant šitą gydymo būdą, buvo pasiekta pas jaunuosius ligonius. Ligoniams per 50 metų amžiaus nevisuomet pavykdavo gauti gerų rezultatų.

Kuo pasirėmus ultravioletiniai spinduliai buvo imta vartoti paradentozei gydyti?

Makrineos ir Pincussen'o tyrimai parodė, kad tiek saulės, tiek dirbtinių ultravioletinių spindulių įtakoje kraujo serume įvyksta kalio ir kalcio jonų dislokacija ta prasme, kad vykstant medžiagų apykaitai, narveliuose susilaiko žymus kalcio kiekis. Pagal Krause kalis yra nervus vagus ekvivalentas, o kalcis nervus sympathicus ekvivalentas. Tuo būdu, įvykus narveliuose kalcio retencijai, pagerėja kraujagyslių tonusas ir tuo būdu audinių mityba. Taip pat ultravioletiniai spinduliai turi gana žymų antiseptišką veikimą. Vadinasi, ultravioletiniuose spinduliuose mes turime tokius veiksnius, kurie gali būti labai naudingi paradentozėi gydyti. Pasirėmus šituo samprotavimu, ultravioletiniai spinduliai ir buvo pavartoti šitai ligai gydyti.

Be abejo, šitas gydymo būdas negali būti atskirtas nuo visų kitų iki šiol vartojamų paradentozės gydymo būdų, kaip visai savarankiškas. Jis vartojamas kombinuojant su kitais būdais ir todėl sudaro tik vieną iš paradentozės gydymo komponentų.

Kadangi paradentozei atsirasti turi įtakos viso organizmo medžiagų apykaitos sutrikimas, kaip, pvz., diabetas, tai pirmiausia toks ligonis turi būti ištirtas bendromis mediciniškomis priemonėmis ir, jei atrandamas, tai gydomas jo medžiagų apykaitos sutrikimas. Tik po to eina vietinis paradentozės gydymas.

Pirmiausia turi būti sutvarkytas sukandimas taip, kad nebūtų atskirų dantų grupių perkrovimo. Po to turi būti akylai pašalinti konkrementai bei kišenių granuliacijos ir dantys nupoliruoti. Daugelis autorių pataria prieš pradedant gydymą ultravioletiniais spinduliais kišenes kauterizuoti sulfuraeth'o pagalba. Visos šitos manipuliacijos turi būti baigtos ne mažiau kaip per 2-3 dienas prieš pradedant gydymą spinduliais.

Tat reikalinga tam, kad minėtų manipuliacijų metu padaryti sužalojimai galėtų užgyti ir atsiradęs kraujavimas netrukdytų spindulių veikimo. Pats gydymas ultravioletiniais spinduliais galima paskirstyti į dvi pagrindines metodes: į tęstinę ir į greitąją metodę.

Tęstine metode daugiausia bandymų yra atlikęs W e i n s t e i n. Šitos metodės technika šitokia: Pirmiausia padaromos reikiamų sričių rentgeno nuotraukos. Po to, gerai nusausinus gleivinę, kišenės nudažomos silpnu alkalinio eozino skiediniu. Švitinimas atliekamas kvarco lempa uždėjus dentalines tubas taip, kad švitinimo laukas neapimtų daugiau kaip 3-4 dantis. Švitinama ir iš skruosto ir iš gomurio pusės. Per pirmą seansą kiekvienas laukas iš skruosto pusės švitinamas 40 sek., o iš gomurio pusės 50 sek. Kiekvieną kitą seansą švitinimo laikas pratęsiamas po 10 sek., kol pasiekiamas 2 min. laikas. Patys švitinimo seansai paskirstomi šitokiu būdu: pirmas 3 savaites švitinama po 2 kartu per savaitę; po to iki 4 mėnesio po 1 kartą per savaitę; per 4 ir 5 mėnesius švitinama po 1 kartą kas 2 savaitės; per 6 mėnesį nešvitinama nei karto ir šešto mėnesio gale vėl daromos rentgeno nuotraukos ir tikrinami gydymo rezultatai. Viso šito gydymo metu ligoniams skiriama lakto-vegetarinė dieta su gausiais vitaminais. Pastebėta, kad būna rezultatų dar geresnių, jei, greta viso to, gydymo metu duodama dar žuvų taukų su viosteroliu. Šita metode dažnai pasiekiama labai gerų rezultatų ir gaunama alveolinės ataugos regeneracija.

Ne blogesnių, o kai kurių autorių nuomone net geresnių rezultatų duodanti greitoji metodė. Šito gydymo būdo technika maždaug šitokia, nors gali būti viena ar kita prasme šiek tiek modifikuota:

Prieš kiekvieną švitinimą burna iš purkštuvo (Spray) išplaunama su $H_2O_2$ — 3 — 5%. Švitinti pradedama nuo 4 min. ir kiekvieną kitą seansą švitinimo laikas pailginamas 30 sek., kol pasiekiama 10 min. Seansai kartojami po 3-6 dienų. Iš viso tokių seansų padaroma 12-15. Dažniausiai po tokio švitinimo gingivoje atsiranda pūslyčių, kurios gali sukelti šiokius tokius skausmus. Jiems pašalinti galima gingiva išmasažuoti 1-2 kartus per dieną su contralgin'o pasta ar kita kuria nors lengvai anestezuojamąja priemone.

Tiek tęstinė, tiek greitoji metodė yra labai vertingas įnašas į paradentozės gydymo priemonių lobyną. Žinoma, ne be to, kad ir šitą metodę vartojant nepasitaikytų nepasisekimų. Tačiau tie negausūs nepasisekimai, kurie būna greta taip gausių gerų rezultatų, jokių būdu negali būti priežastis atsisakyti nuo šito gydymo būdo.

LITERATŪRA.

1. Gonter, O.: Ultraviolett Bestrahlung zu Therapie und Prophylaxe von Zahnfleischerkrankungen und Paradentosen. „Zahnärztl. Rundschau". 1931. 47 nr.

2. Hatteiner, A. J.: Neue Erfahrungen über die therapentische Verwendbarkeit der künstlichen Höhensonne in der Behandlung der Zahn und Mundkrankheiten. „Zahnärztl. Rundschau." 1936. 4 nr.

3. Haubach, K. A.: Die Anwendung von ultravioletten Strahlen bei Paradentose. „Zahnärztl. Rundschau". 1929. 33 nr.

4. Haubach, K. A.: Über die Wirkung eksogener Bestrahlungsfaktoren auf die infektiösen, entzündlichen Prozesse der Mundhöhle. „Zahnärztl. Rundschau". 1936. 37 nr.

5. Leix, R.: Zahnärztliche Lichtterapie. 1936.

**Лечение парадентоза ультрафиолетовыми лучами.**

В статье говорится о лечении парадентоза ультрафиолетовыми лучами. Упоминаются затяжной и скорый метод. Оба метода дают хорошие результаты. Несколько худшие результаты получаются при лечении старшего возраста больных в особенности котрым более 50 лет.

**Zusammenfassung.**

Im vorhergehenden Artikel wird von der Paradentosebehandlung mit Hilfe von Ultravioletten Strahlen gesprochen. Es wird die protrahierte Methode von Weinstein und die forssierte Methode erwähnt. Beide Methoden haben gute Resultate gegeben. Es gibt zwar auch missglückte Fälle, besonders wenn der Behandelte über 50 Jahre alt ist. Aber diese wenigen missglückten Fälle dürfen die Methode der Paradentosebehandlung mit ultravioletten Strahlen nicht zurückweisen.

---

*Gyd. J. Margenis.*

# Žinios apie Biržų apskrities savivaldybės Joniškėlio ligoninės 1938 metų veiklą.

I-ji lentelė.

**Stacionarinių ligonių apyskaita.**

| | Vyrų | Moterų | Vaikų | Iš viso | Mirė % |
|---|---|---|---|---|---|
| Liko iš praeitų metų | — | 6 | 4 | 10 | |
| Per metus į ligoninę įsirašė | 87 | 323 | 110 | 520 | |
| Per metus iš ligoninės išsirašė | 80 | 316 | 108 | 504 | |
| Mirė | 3 | 7 | 5 | 15 | 2,83 |
| Liko ateinantiems metams | 4 | 6 | 1 | 11 | |

Ligų rūšimis ligoniai šiaip suskirstomi:

| | Vyrų | Moterų | Vaikų | Iš viso | Mirė % |
|---|---|---|---|---|---|
| 1) Sirgusių chirurginėmis ligomis .. | 24 | 23 | 12 | 59 | |
| 2) „ vidaus ligomis ........ | 51 | 90 | 43 | 184 | |
| 3) „ užkrečiamosiomis ligomis | 8 | 31 | 55 | 94 | |
| 4) „ veneros ligomis ........ | — | — | — | — | |
| 5) „ normal. ir sunk. gimdym. | — | 125 | — | 125 | |
| 6) „ persil. (abort.) ir mot. lig. | — | 49 | — | 49 | |
| 7) „ nervų ir psichikos ligom. | 4 | 5 | — | 9 | |
| 8) „ akių ligomis .......... | — | — | — | — | |
| 9) „ ausų, nosies ir gerklės lig. | — | — | — | — | |
| Iš viso: | 87 | 323 | 110 | 250 | |

Stacionariniai ligoniai išbuvo 5.068 dienas.
Vidutiniškai kiekvienas ligonis gulėjo ligoninėje 9,56 dienas.
Vidutiniškai per parą ligonių buvo 13,8.
Etatinių vietų ligoninėje 12.
Didžiausias stacionarinių ligonių skaičius buvo balandžio mėn. — 16.
Mažiausias stacionarinių ligonių skaičius buvo birželio mėnesyje — 9.

II-ji lentelė.

**Ambulatorinių ligonių lankymasis.**

| | Vyrų | Moterų | Vaikų | Iš viso |
|---|---|---|---|---|
| Pirmą kartą atsilankė per metus .... | 613 | 1222 | 439 | 2274 |
| Kartotinai atsilankė per metus ...... | 189 | 257 | 56 | 502 |
| Iš viso: | 802 | 1479 | 495 | 2776 |
| Vidutiniškai vienai dienai tenka .... | 2,2 | 4,1 | 1,4 | 7,7 |

III-ji lentelė

**Operacijų buvo padaryta:**

1) Mažų ...................... 84
2) Vidutiniškų ............... 48
3) Didelių .................... 35

Iš viso: 167

IV-ji lentelė.

**Mirties priežastys:**

1) Vidurių šiltinė . . . . . . . . . . . . 2
2) Epideminis smegenų apvalkalų uždegimas. . . . . . . 2
3) Difterija . . . . . . . . . . . . . . 1

4) Tuberkuliozinis meningitas . . . . . . . . . . 1
5) Plaučių tuberkuliozė . . . . . . . . . . 1
6) Krupozinis plaučių uždegimas . . . . . . . . . 2
7) Kraujo užkrėtimas po gimdymo . . . . . . . . . 1
8) Pilvaplėvės difuzinis uždegimas po gimdymo . . . . . 1
9) Endokarditas . . . . . . . . . . . . 2
10) Purpura haemorrhagica . . . . . . . . . . 1
11) Nudegimas 3-io laipsnio . . . . . . . . . . 1

Iš viso: . . . . . . . . . 15

V. Neosalvarsan'o, bismutol'io ir gyvsidabrio preparatų įleista 290 kartų 11-kai asmenų, sergančių lues'u.
VI. Kvarco lempa gydyta 11-ka asmenų, kuriems padaryta 82 seansai.
VII. Mikroskopiškų, kliniškų ir chemiškų tyrimų padaryta 748.

V-j-i lentelė.

**VIII. Ligoninės 1938 m. piniginė apyskaita.**

1. PAJAMOS:

| | | |
|---|---|---|
| 1) | Gauta avansų iš Biržų apskr. Valdybos . . . | 22.096,84 lt. |
| 2) | Iš stacionarinių ligonių ir gimdymo pagalbos . . | 14.070,00 „ |
| 3) | Už operacijas . . . . . . . . . | 1.286,00 „ |
| 4) | Iš ambulatorinių ligonių . . . . . . . | 5.298,00 „ |
| 5) | Už vaistus, tvarst. medžiagą, liudijimus ir analizes . . | 1.242,50 „ |
| 6) | Ūkio pajamos . . . . . . . . . . | 11.620,95 „ |
| | Iš viso pajamų litais . . . . | 55.614,29 „ |

2. IŠLAIDOS:

| | | |
|---|---|---|
| 1) | Atlyginimams tarnautojų pagrind. algoms . . . | 16.183,80 lt. |
| 2) | Trimečių priedams . . . . . . . . . | 929,50 „ |
| 3) | Vaikų priedams . . . . . . . . . . | 425,00 „ |
| 4) | Butpinigių priedams . . . . . . . . . | 3.030,00 „ |
| 5) | Maistpinigių priedams . . . . . . . . . | 3.431,00 „ |
| 6) | Papildomam atlyginimui . . . . . . . | 2.576,70 „ |
| 7) | Susirgusiems — atostogaujantiems pavaduoti . . . | 250,00 „ |
| 8) | Tarnautojų socialiniam draudimui . . . . . | 492,60 „ |
| 9) | Raštinės, laikraščių ir telefono išlaidoms . . . | 527,50 „ |
| 10) | Kurui . . . . . . . . . . . . | 2.013,50 „ |
| 11) | Ligoninės būstinių nuomai . . . . . . . | 2.640,00 „ |
| 12) | Šviesai. . . . . . . . . . . . | 1.662,00 „ |
| 13) | Švarai palaikyti . . . . . . . . . | 81,65 „ |
| 14) | Smulkiems ūkio reikalams . . . . . . . | 1.042,35 „ |
| 15) | Inventoriui įsigyti ir taisyti . . . . . . | 1.791,60 „ |
| 16) | Gyvuliams išlaikyti . . . . . . . . . | 634,27 „ |
| 17) | Kelionės išlaidoms . . . . . . . . | 32,60 „ |
| 18) | 20 žmonių maistui . . . . . . . . | 8.075,25 „ |
| 19) | Vaistams, tvarst. medž. ir reagentams . . . . | 7.818,03 „ |
| 20) | Drabužiams ir skalbiniams . . . . . . . | 499,75 „ |
| | Iš viso išlaidų litais . . . . | 54.137,19 lt. |

1939 m. sausio mėn. 1 d. liko: . . . . . . 1.477,10 lt.
b) Produktais . . . . . . 270,16 „

1938 metų pajamos viršijo išlaidas . . . . . . 1.477,10 lt.

IX. Vieno ligonio išlaikymas kaštuoja parai . . . . 10,68 „

X. Ligoninė ima 5 lt parai. Už ambulatorinį apžiūrėjimą — 2 lt. Už operacijas pagal taksą nuo 3 iki 80 litų. Už gimdymo pagalbą — 20 lt. Už patentuotus vaistus, tvarstomąją medžiagą ir atskirus gydymo veiksmus imama pagal savikainą atskirai.

XI. Ligoninei pagerinti įsigyta reikalingų medic. instrumentų, elektros vonia, baltinių, ūkio reikmenų, išbaltinta ligoninės palatos ir tarnautojų kambariai, išdažyta grindys, durys, langai ir krosnys.

XII. **Ligoninės personalo sudėtis:**

1. Gyd. J. Margenis — ligoninės vedėjas.
2. Dombra Kleopas — einąs felčerio pareigas.
3. Paliulytė Severina — akušerė.
4. Ligoninės sargas — pasiuntinys 1.
5. Virėja — ūkvedė 1.
6. Slaugytojų 5.

Iš viso ligoninės personalo 10 žmonių. Vidutiniškai vienam tarnautojui teko ligonių per dieną — 1,4.

1938 m. spalių mėn. 15 d. buvęs ligoninės vedėjas gyd. J. Elvikis išėjo ir nuo tos pačios dienos gyd. J. Margenis pradėjo eiti Joniškėlio ligoninės vedėjo pareigas.

---

*Gyd. J. Margenis.*

## Žinios apie Biržų apskrities savivaldybės Joniškėlio ligoninės 1939 metų veiklą.

I-ji lentelė.

**Stacionarinių ligonių apykaita:**

| | Vyrų | Moterų | Vaikų | Iš viso | Mirė % |
|---|---|---|---|---|---|
| Liko iš praeitų metų | 4 | 6 | 1 | 11 | |
| Per metus įstojo į ligoninę | 124 | 306 | 140 | 570 | |
| Per metus išstojo iš ligoninės | 117 | 301 | 135 | 553 | |
| Mirė | 7 | 4 | 6 | 17 | 2,93 |
| Liko ateinantiems metams | 4 | 7 | — | 11 | |
| **Ligų rūšimis ligoniai suskirstomi šiaip:** | | | | | |
| 1) Chirurginėmis ligomis | 47 | 42 | 16 | 105 | |
| 2) Vidaus ligomis | 47 | 87 | 48 | 182 | |
| 3) Užkrečiamosiomis ligomis | 28 | 27 | 75 | 130 | |
| 4) Veneros ligomis | — | 2 | — | 2 | |
| 5) Normalių ir sunkesnių gimdymų | — | 105 | — | 105 | |
| 6) Persileidimų (abortų) ir moterų ligomis | — | 37 | 1 | 38 | |
| 7) Nervų ir psichikos ligomis | 2 | 6 | — | 8 | |
| 8) Akių ligomis | — | — | — | — | |
| 9) Ausų, nosies ir gerklės ligomis | — | — | — | — | |
| Iš viso: | 124 | 306 | 140 | 570 | |

Stacionariniai ligoniai išbuvo 5.285 dienas.
Vidutiniškai kiekvienas ligonis gulėjo ligoninėje 9,1 d.
Vidutiniškai per parą ligonių buvo 14,5.
Etatinių vietų ligoninėje — 12.
Didžiausias stacionarinių ligonių skaičius buvo sausio mėn. 28 d. — 31 lig.
Mažiausias stacionarinių ligonių skaičius buvo balandžio mėn. 1 d. — 6 lig.

**II-ji lentelė.**

**Ambulatorinių ligonių lankymasis:**

| | Vyrų | Moterų | Vaikų | Iš viso |
|---|---|---|---|---|
| Pirmą kartą atsilankė per metus ........ | 589 | 811 | 340 | 1740 |
| Kartotinai atsilankė per metus .......... | 162 | 165 | 43 | 370 |
| Atsilankė patikrinti sveikatos ........... | — | — | 1 | 1 |
| Iš viso: ........................... | 751 | 976 | 384 | 2111 |
| Vidutiniškai vienai dienai ligonių tenka... | 2,1 | 2,6 | 1,1 | 5,8 |

**III-ji lentelė.**

**Operacijų buvo padaryta:**

1. Chirurgijos skyriuje:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. | Tracheotomia superior (del diphtheria laryngis) | | 2 |
| 2. | Punkcijos įvairios | | 112 |
| 3. | Incisio (mastitis) | | 6 |
| 4. | Incisio abscessus peritonsillaris | | 7 |
| 5. | Incisio abscessus | faciei | 2 |
| | | axillaris | 2 |
| 6. | Incisio phlegmones | colli | 5 |
| | | antibrachii | 4 |
| | | manus | 7 |
| | | femoris | 4 |
| | | genus | 1 |
| | | cruris | 5 |
| | | pedis | 4 |
| 7. | Ligatura a. popliteae (del kraujavimo) | | 1 |
| 8. | Pirmykštis žaizdų susiuvimas | | 22 |
| 9. | Exarticulatio digit. manus | | 5 |
| 10. | Amputatio manus sin. | | 1 |
| 11. | Eliminatio corporis alieni | | 7 |
| 12. | Išimta kulka iš pilvo sienelės | | 1 |
| 13. | Extractio dentis | | 3 |
| 14. | Repositio humeri post luxationem | | 1 |
| 15. | Incisio dorsalis (del phymosis et paraphymosis) | | 2 |
| 16. | Taxis herniae inguinalis | | 1 |
| 17. | Exstirpatio | lipomatis | 2 |
| | | atheromatis | 1 |
| | | clavi | 1 |
| 18. | Kateterizacija vyrams | | 1 |
| 19. | Skrandžio išplovimas pro zondą | | 8 |
| 20. | Šlapimpūslės išplovimas | | 1 |
| | Iš viso: | | 219 |

2. Gimdymo skyriuje:

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Abrasio | 21 |
| 2. | Laesio placentae manualis | 2 |
| 3. | Auxilium manuale | 4 |
| 4. | Forceps | 6 |
| 5. | Interruptio | 1 |
| 6. | Torsio polyp. | 1 |
| 7. | Episiotomia | 24 |
| 8. | Sutura | 43 |
| 9. | Ovoparacentesis | 2 |
| 10. | Credé's būdu placentos pašalinimas | 24 |
| 11. | Dirbtinis alsavimas (del asfiksijos) | 1 |
| | Iš viso: | 129 |

3. Akių skyriuje:

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Eliminatio corporis alieni corneae | 8 |
| 2. | Expressio folliculorum trachomatis | 6 |
| 3. | Excochleatio chalazii | 2 |
| | Iš viso: | 16 |

Iš viso visuose skyriuose padaryta 364 operacijos.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Iš jų: | Chirurgijos skyriuje: | Didelių | 9 |
| | | Vidutinių | 62 |
| | | Mažų | 148 |
| | | Iš viso: | 219 |
| | Gimdymo skyriuje: | Didelių | 34 |
| | | Vidutinių | 26 |
| | | Mažų | 69 |
| | | Iš viso: | 129 |
| | Akių skyriuje: | Didelių | — |
| | | Vidutinių | 10 |
| | | Mažų | 6 |
| | | Iš viso: | 16 |

IV-ji lentelė.

**Mirties priežastys:**

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Paralysis cordis et nephritis post diphtheriam | 1 |
| 2. | Meningitis cerebrospinalis epidemica | 3 |
| 3. | Tuberculosis pulmonum | 1 |
| 4. | Pneumonia crouposa bilat. | 3 |
| 5. | Arhythmia cordis. Senatvė | 1 |
| 6. | Anaemia gravis et peritonitis diffusa post abortum | 1 |
| 7. | Tumor cerebri | 1 |
| 8. | Bronchopneumonia et tetania | 1 |
| 9. | Bronchopneumonia | 1 |
| 10. | Pneumonia cat. chron., nephritis et myocarditis | 1 |
| 11. | Rheumatismus et myocarditis | 1 |
| 12. | Vitium cordis decompensatum et pneumonia cat. chron. | 1 |
| 13. | Vulnus lacer. reg. femor. sept., pneumonia cat. chr. et myocard. | 1 |
| | Iš viso mirė: | 17 |

V-ji lentelė.

**Bendros žinios:**

1. Neosalvarsano, bismutol'io ir hydrargyrum'o įleista 456 kartus 16-kai asmenų nuo lues. Sol. hydrargyri oxycyanati 1% po 2 ccm. intra venam 31 kartą 4 asmenims nuo lues.
2. Trachomotų gydyti per metus 4 asmenys 24 kartus.
3. Kvarco lempa gydyta 2 asmenys, kuriems padaryta 2 seansai.
4. Mikroskopinių, klinikinių ir cheminių tyrimų padaryta 592.
5. Nauji gydymo būdai buvo vartojami šie:
   a) Anginų gydymas bismutol'io i/m. po 1 ccm.
   b) Sepsis gydymas sol. rivanoli 1% steril. i/v. po 80—200 ccm. + prontosil solub. i/m. po 5 ccm. 1—2 kartus per dieną.
   c) Užleistos, pavėluotos difterijos gydymas dideliais antidifterinio serumo daviniais: pusė davinio intra venam, pusė davinio intra musculos + omnadin (stormin) 2 ccm. i/m. Esant užleistai diphtheria laryngis — tracheotomia super. + inhaliacijos sodos tirpalo garais.
   d) Lues gydymas sol. hydrarg. oxycyanati 1% intra venam po 2 ccm. 2 kartus per savaitę. Rp. Hydrarg. salicyl. 2,5, Gummi arabic. 1,0, Sol. ac. carbolic. ¼%—50,0 M. D. S. po 1 ccm. intra gluteum 2 kartus per savaitę.
   e) Meningitis cerebrospinalis epidemica gydymas antimeningokokiniu serumu po 20—40 ccm. intralumbaliai kasdien arba pradieniui + sol. urotropini (hexamethylen - tetramin) 40% steril. po 10 ccm. intra venam kasdien + prontosil solub. 5 ccm. intra musculos kasdien.
   f) Erysipelas gydymas prontosil solub. 5 ccm. intra musculos (patartina įleisti arčiau susirgimo vietos) 2 kartus per dieną + prontosil à 0,3 tab.×4k. pro die+chinini muriat. 0,3×3 k. pro die. Vietiniai kompresai iš liq. Burowii 5%+ung. ichtyoli 20%.
   g) Nudegimų I° ir II° gydymas su ung. protargoli (Rp. Protargoli 13,0 solve in Aq. destill. 30,0, adde Lanolini anhydr. 72,0 et Vaselini amer. alb. 60,0. M. f. ung.
   h) Ekzemų, iššutimų ir odos sudirginimų gydymas baltu skystu tepalu (Rp. Ac. borici pulv. 10,0, Zinci oxydati, Talci veneti āā 100,0, Ol. olivar. ad 500,0. Prieš vartojimą suplakti).
   i) Gonorėjinių epididymitų ir kitų komplikacijų gydymas su sol. cupri sulfurici 1% steril. intra venam po 10 ccm. kas antra diena.
   j) Blauzdos venų išsiplėtimo, varikozinių mazgų ir esant del jų opoms gydymas chinini—urethani injekcijomis į varikozinius mazgus po 1 ccm. kasdien arba pradieniui (Rp. Chinini mur. 2,0, Urethani 1,0, Aq. destill. 15,0 steril.).
   k) Pertussis gydymas pertussis original vaccina „Berna" serie IV intra musculos po 1 ccm. (ampulę) kas 2-ra, 3-čia diena.
6. Ligoninei pagerinti įsigyta naujų lovų, baltinių, medicinos įrankių. Suremontuotos ligoninės palatose medinės grindys ir apdengtas naujomis lentelėmis ligoninės tvarto bei svirno dangtis.
7. Ligoninė turi nuosavą daržą, sodą, 3 ha žemės; kasmet laiko arklį ir 2 kiaules.

VI-ji lentelė.

**Ligoninės 1939 m. piniginė apyskaita.**

1. Pajamos:

| | | |
|---|---|---|
| 1) | Gauta avansų iš Biržų apskr. v-bos | 19.488,73 lt. |
| 2) | Iš stacionarinių ligonių ir gimdymų | 11.515,00 „ |
| 3) | Iš ambulatorinių ligonių | 3.552,00 „ |
| 4) | Už operacijas | 1.564,00 „ |

| | | |
|---|---|---|
| 5) | Už vaistus, tvarsliavą, liudijimus, analizes | 2.254,30 lt. |
| 6) | Iš ligoninės ūkio ir buto nuomos | 11.520,22 „ |
| | Iš viso pajamų litais: | 49.894,25 lt. |

2. Išlaidos:

| | | |
|---|---|---|
| 1) | Pagrindinėms tarnautojų algoms | 14.960,67 lt. |
| 2) | Trimečių priedams | 213,50 „ |
| 3) | Vaikų priedams | 100,00 „ |
| 4) | Butpinigių priedams | 2.891,40 „ |
| 5) | Maistpinigių priedams | 3.403,45 „ |
| 6) | Papildomam atlyginimui | 2.163,90 „ |
| 7) | Įvairiam atlyginimui | 145,20 „ |
| 8) | Tarnautojų socialiniam draudimui | 575,52 „ |
| 9) | Raštinės ir telefono išlaidoms | 813,78 „ |
| 10) | Kurui | 2.009,00 „ |
| 11) | Ligoninės būstinių nuomai | 2.640,00 „ |
| 12) | Šviesai | 1.039,20 „ |
| 13) | Švaros palaikymui | 324,80 „ |
| 14) | Smulkiems ūkio reikalams | 860,03 „ |
| 15) | Inventoriui | 1.012,10 „ |
| 16) | Gyvulių išlaikymui | 139,54 „ |
| 17) | Kelionės išlaidoms | 29,00 „ |
| 18) | Maistui 20-čiai žmonių | 7.212,52 „ |
| 19) | Vaistams, tvarsliavai, reagentams | 8.229,79 „ |
| 20) | Drabužiams ir skalbiniams | 459,65 „ |
| | Iš viso išlaidų litais | 49.223,05 „ |

| | | |
|---|---|---|
| 1940 m. sausio 1 d. liko: | | 671,20 lt. |
| Iš jų: | a) pinigais | 324,54 „ |
| | b) produktais | 346,66 „ |
| 1939 m. pajamos viršijo išlaidas | | 671,20 „ |

VII-ji lentelė.

**Ligonių mokėjimas už gydymą:**

1) Biržų ir kitų apskričių ligoniai moka parai .......... 5 „
2) Ligonių ir draudimo kasų ligoniai moka parai po .......... 6 „
3) Už ambulatorinį apžiūrėjimą imama .......... 2 „
4) Už gimdymo pagalbą .......... 20 „
5) Už operacijas pagal taksą nuo 3 iki .......... 80 „
6) Už patentuotus vaistus, tvarsliavą imama atskirai pagal savikainą.

VIII. Vieno ligonio išlaikymas kaštuoja 10,68 lt. parai.

IX-ji lentelė.

**Ligoninės personalo sudėtis:**

| | | |
|---|---|---|
| 1) | Gyd. J. Margenis — ligoninės vedėjas | 1 |
| 2) | Felčeris | 1 |
| 3) | Akušerė | 1 |
| 4) | Ligoninės sargas — pasiuntinys | 1 |
| 5) | Ūkvedė — virėja | 1 |
| 6) | Slaugytojų — sanitarių | 5 |
| | Iš viso ligoninės personalo | 10 |

Vidutiniškai vienam tarnautojui teko ligonių per dieną — 1,45.

**Personalo išėjo:**

1) Akuš. Paliulytė Severina nuo .......... 1939. II. 1 d.
2) Gail. ses. Sirutavičiūtė Bronė nuo .......... 1939. VIII. 27 d.
3) Felčeris Dombra Kleopas nuo .......... 1939. VIII. 31 d.

**Priimta naujo med. personalo:**

1) Gail. ses. Sirutavičiūtė Bronė nuo .......... 1939. IV. 1 d.
2) Gail. ses. Šelmytė Antanina nuo .............. 1939. IX. 16 d.

**Redakcijos pastaba.** Gyd. J. Margenio straipsnis „Žinios apie Biržų apskr. Joniškėlio ligoninės 1940 m. veiklą, prieš mėnesį atsiųstas Redakcijai, bus įdėtas „LTSR Medicinos" 1941 m. 3. num. Iš jo bus matomas žymus šitos ligoninės veiklos padidėjimas.

## Referatai.

### VIDAUS LIGOS.

1. H. Eppinger: **Plaučių uždegimas ir kraujo apytaka.** (Pneumonie u. Kreislauf.). („Deutsch. med. Woch." 1940, 447 psl.).

Plaučių uždegimo metu dažnai nusilpstanti ne širdis, bet periferinės apytakos kapiliarai. Jie prasiplečią, talpiną daug kraujo, kuris gulįs juose „kaip ežere" nejudėdamas. Tada tvinksnis pagreitėjąs, širdis nebegalinti aprūpinti kūno krauju, nes kraujagyslėse jo labai maža. Reikią, kad kraujas grįžtų atgal į kraujo apytaką. Tat galima pasiekti padidinus raumenų tonusą. Raumenys su padidėjusiu tonusu išspaudžia tarp skaidulių esančius kapiliarus ir mažas venas ir tuo būdu papildą kraujo apytaką. Reikią atminti, kad raumenys niekuomet nesutrukdą laisvo kraujo tekėjimo kapiliarais, bet jam padedą. Autoriaus asistentai Beiglböck ir Lanzer su Henderson'o metode radę, kad plaučių uždegimo metu krintąs raumenų tonusas. Juo sunkesnis atsitikimas, juo daugiau nukenčianti kraujo apytaka, tuo daugiau esąs kritęs raumenų tonusas. Raumenų tonusui pakelti autorius patariąs strichniną mažiausiai po 4 mg pro dosi. Autorius pavyzdžiais parodo, kad tokie daviniai galima duoti kas 2—3 val. daugelį parų negaunant apsinuodijimo reiškinių. Pvz., vienas ligonis per 7 paras gavęs iš viso 280 mg strichnino. Tik tokie dideli daviniai pakelią raumenų tonusą. Maži (1 mg) daviniai neparodą jokio veikimo raumenų tonusui ir nepageriną kraujo apytakos. Strichninas veikiąs ilgiau kaip adrenalinas, efedrinas, kofeinas. Taip gydydamas autorius pasiekęs gerų rezultatų, pvz., plaučių uždegimo mirtingumas jo klinikoje 1938—1939 m. buvęs 8,6%, o kitose Vienos ligoninėse siekęs iki 30%. Ypač gerų pasėkų būdavę sunkiais atvejais, kai anksti pradėdavę gydyti.

Toliau autorius pataria naudoti deguonį, kad audiniai jo gautų daugiau ir galėtų geriau kovoti su infekcija. Nurodo paprastą deguonio kvėpavimo įtaisymą sergančiam plaučių uždegimu. *A. Čeičys.*

2. Löffler, W. ir Koller, F.: **Įnašas parenteraliniam kepenų gydymo išsivystymui.** („Schweiz. med. Woch." 1940, 551).

Injekuojamą kepenų preparatą pirmas pagamino Gänsslen ir sėkmingai panaudojo piktybinei anemijai gydyti. Panašių preparatų dabar esą daug, bet jie visi dar blogai išvalyti. Antiperniciozinis (priešpiktybinis) principas esąs kartu su baltyminėmis medžiagomis, histaminu ir t. t. Šitos priemaišos duodančios kartais nemalonių reakcijų, k. a.: vietinį skausmingumą, temperatūros pakilimą, anafilaksinius reiškinius — šoko stovius, eozinofiliją ir pan. Todėl buvo mėginta išskirti grynas priešpiktybinis principas. Jau seniau Dakin (1935), Laland-Klein (1936) buvo gavę maždaug 10 kartų švaresnių preparatų už campolon'ą, bet vis delto jų sudėtyje dar būdavę baltymų. Karrer-Frei (1938) pasisekę gauti preparatas, kuris baltymų reakcijų ir Biureto mėginimo nebeduodąs, vadinasi, nebeturįs nei baltymų, nei polipeptidų. Šito preparato 0,1—0,2 g sausos substancijos pakanką megaloblastiniams kaulo smegenims pakeisti normablastiniais. Firma Hoffmann-la-Roche

ir C-ie išleidusi K a r r e r'o pavyzdžiu preparatą h e p a r g l a n d o l f o r t e, kuřio 5 ccm turį 0,1 ccm iššvarinto antipiktybinio principo. Preparatas esąs 20—30 kartų švaresnis už campolon'ą, nes pastarojo 5 ccm duodą 3,5 g kietųjų liekanų. Autoriai duoda lentelę gydytų tuo preparatu ligonių (gryna anaemia perniciosa, perniciosa su komplikacijomis, sprue-perniciosa). Pasėkos geros: po 4—8 d. gaunama ryški retikulocitų krizė, greit kylą eritrocitai ir Hb po gana retų davinių. Autoriai duodavę 1—2 kartu per savaitę po 5—10 ccm preparato. Dažniausiai 10 ccm pirmą dieną ir po to kas savaitė vieną kartą pakartodavę. Taip gydant gerai gydavusi anaemia perniciosa ir su komplikacijomis: tuberkulioze, vėžiu, plaučių uždegimu. *A. Čeičys.*

3. N. S v a r t z: **Die Behandlung der chronischen Kolitiden.** (Chroniškų kolitų gydymas). („Schweiz. med. Woch." 1940, 1197).

P r a d ž i o j e. Lengva dieta. Vietinis proktito gydymas (pvz., collargol'io klizma). Spasmolytica, jei yra colonspasmus.

C o l l a r g o l'io k l i z m a: ¼% sol. argenti colloidalis 400 ccm palaikyti apie 15 min. Kas antra diena per 4—6 savaites. Prieš šitą klizmą padarytinas paprastas klistyras.

D i e t a: Turinti būti įvairi, su daugeliu angliavandenių (lengvai virškinami: cukrus, dekstrinuoti miltai, sausainiai). Bulvių tyrė, pertrintas špinatas, gerai suvirintos morkos, švelnios žiedinių kopūstų dalys, pertrintas vaisių musas, galįs daugeliu atsitikimų būti maiste. Daug riebalų turį privalumų. Bet mažiau tinkąs riebalų ir miltų mišinys, taip pat stambios daržovės ir vaisiai. Mėsa galima duoti, tik ne stambi, gyslota ar rūkyta. Geriausiai virta, bet galima ir kepta, tik tuomet be „žievės".

Jei yra smarkūs puvimo ar rūgimo procesai, tai tuomet duotina atitinkama dieta.

Neužmiršti vitaminų, ypač B- ir C-.

Kraujo transfuzija anemiškiems.

Išauginami iš žarnų kokai ir vartojama arba jų vakcina arba serumas iš vakcinuotų triušių (injekcijos į raumenis ir klizmos).

Sulfapyridin gerai padėjęs. Davę 3—6 g pro die. Kartais, taip gydydamas, stebėdavęs didesnį kraujavimą, nephrolithiasis, ekzantemas. Duodant sulfapyridiną dieta turinti būti be druskos, nes šiaip inkstuose gaminąsi acetylsulfapyridin-HCl akmenys. Gydyti sulfapyridinu nėsą lengva, ir tik nedaugelis sergančiųjų po 2—4 savaičių gydymo visiškai pasveikstą. Bet šitie geri rezultatai verčią kiekvienu atveju pabandyti pravesti gydymą.

Esant intestininiam **rūgimo katarui** žarnose, randamas W e l c h - F r a e n k e l'io dujinės gangrenos bacilas. Tai jis sukeliąs daugiausia rūgimo procesą. Žarnose jis būnąs labai virulentiškas; rūgimo produktai dirginą žarnų gleivinę ir sukelią pagreitėjusią peristaltiką. Kartu su W e l c h - F r a e n k e l'io b a c i l u esąs randamas ir clostridium jodophylum (S v a r t z), kuris lengvai dažąsis jodu ir išmatų preparate lengviau susekamas kaip Welch-Fraenkel'io bacilas. Todėl jodofilinės klostridijos buvimas įrodąs bacilo buvimą ir įgalinąs sekti gydymo pasėkas.

Anaerobinės bakterijos užsilaikančios dažniausiai tik žemutinėje ileum'o dalyje ir vėdarinėse žarnose. Todėl gydant reikią vartoti tokie angliavandeniai, kurie visiškai suvirškinami laibosiose žarnose. Vengtina stipriai celiuliozinio maisto, kuris dirginąs žarnas, didinąs peristaltiką. S c h m i d t - S t r a s b u r g e r'io dieta turinti daug riebalų ir baltymų ir maža angliavandenių, jos reikią per ilgai laikytis, kad būtų gauta gerų rezultatų.

Gerai tinkanti gliukozė, nendrinis cukrus, gerai išdžiovinti sausainiai, iš maizenos ar tapiokos pagaminti miltiniai valgiai; C o r n F l a k e s dažnai gerai toleruojami. Pienas vienų gerai toleruojamas, kitų tik mažais kiekiais. Juo stovis gerėjąs, juo daugiau angliavandenių galima duoti. Reikią vengti daržovių, kaip kopūstai; taip pat agurkų, ridikėlių,

svogūnų, porų, selerų, žalių vaisių, ypatingai jų žievių, pagaliau riebių miltinių valgių ir rupios ruginės duonos. Duotina vitaminų (ypač C-) vaisių sunkų pavidalu. Enzimų galima esą duoti, kad greičiau suvirškintų angliavandenius. Anglis kartais gerai paveikianti meteorizmą. Spasmolytica reikalingi visuomet.

**Puvimo kataras** esąs retas. Dažniausiai prisidedąs prie ulc. kolito, jei gydoma baltymų - riebalų dieta.

Lengva esą gydyti Moro-Heisler'o obuolių dieta, kartais su gliukozės priedu. *A. Čeičys.*

## VAIKŲ LIGOS.

1. H. Biraud: **Skiepijimas su BCG (Bacillus Calmette-Guerin).** („Schweiz. med. Woch." 1940, 1254).

Slovakų lyga kovai su tbc užklausė Tautų Sąjungą Ženevoje (Higienos Sekcijos vedėją) apie patyrimus su BCG skiepais kituose kraštuose ir gavo šitokį atsakymą:

„Apsaugomasis skiepijimas su BCG, kiek galima spręsti iš turimų duomenų, yra nepavojingas. Ligšioliniai patyrimai, kurie nuolatos auga, leidžia apytikriai įvertinti jų veiklumą. Šitos metodės vartojimas vis plečiasi ir iš kai kurių šalių gauta visai padrąsinančių žinių. Todėl iš jos dar galima daug laukti ir reikia paremti jos praktiškas vartojimas ir tolimesni tyrinėjimai, kurie aiškiai nustatytų metodės indikaciją, techniką ir kontrolę.

Be abejo, skaitytojams yra žinoma ta gausi literatūra, kuri gvildena šitą problemą. Savi stebėjimai mane įtikino, kad 1932 m. padarytos išvados ir šiandien visiškai galioja: BCG metodė yra nebrangi skiepų medžiaga ir sudaro vieną veikliausiųjų ginklų nuo tbc.

Iš literatūros gautas įspūdis visai sutampa su statistinėmis studijomis, kurias aš esu atlikęs Oslo, Amsterdame, Paryžiuje, Alžire, Barcelonoje ir Bukarešte. Kiekvienu atveju skiepytųjų mirtingumas buvo truputį žemesnis, kaip neskiepytųjų to paties amžiaus ir tų pačių socialinių sąlygų asmenų. Gi susirgimų skaičius buvo žymiai žemesnis, jei palyginsime amžių ir užsikrėtimo galimumus.

Aš manau, kad L. Saye knyga „La tuberculose pulmonaire chez les objets apparemment sains et la vaccination antituberculeuse", kurią Masson yra išleidęs Paryžiuje 1938 m. ir kuri yra Pasteur'o instituto monografija, pateikia geriausią šito klausimo santrauką. Naujesnės publikacijos sužymėtos „Index Medicus".

Mano 1926 m. Paryžiuje padarytos studijos tiek mane įtikino, kad aš nuo to laiko leidau paskiepyti su BCG ne mažiau kaip 25 vaikus iš mano giminių, tarp jų ir savo paties 4 vaikus. Mes neturėjome jokių nemalonumų, ir geros pasėkos buvo matomos 2 šeimose, kuriose buvo bacilų nešiotojų".

Vakcina susideda iš avirulentiškų tbc bacilų typus bovinus ir duodama kūdikiams 3-čią, 5-tą ir 10-tą dieną po gimimo šaukšte su motinos pienu. *A. Čeičys.*

2. L. J. Čeremuškina (Odesa): **Difterijos eiga pas skiepytuosius.** (Течение дифтерии у вакцинированных) („Педиатрия" 1940, 12 nr.).

Aktyvios imunizacijos prieš difterijos eigą idėja esanti nenauja. E. Behring pradėjęs vartoti difterijos profilaktikai mišinį toksino su antitoksinu, kuriame buvę nedidelis perteklius nesuneutralinto toksino. Tolimesnis patobulinimas — Ramon'o anatoksinas esąs nustojęs žalingo veikimo del formalino ir aukštos temperatūros; toksinas turįs svarbių pranašumų: jis sužadinęs greitą imuniteto atsiradimą ir, be to, dideliam skiepytųjų skaičiui.

Literatūros duomenimis skiepytieji sergą 3—5 ir net 14 kartų rečiau kaip neskiepytieji. Schlesinger iš Prahos nurodąs, kad skiepytųjų Šiko reakcija po trijų kartų skiepijimo virstanti iš teigiamos neigiama 95%.

Autorė pateikia žinių apie susirgimus difterija Odesoje; masiniai profilaktiniai skiepijimai prieš difteriją teigiamai atsiliepę susirgimų eigai Odesoje, aiškiai sulaikę epidemijos plitimą, kuri 1937 metais nors ir nedidelio susirgimų skaičiaus, tačiau davusi daug sunkių formų, daugiausia neskiepytųjų tarpe. Infekcinėje ligoninėje gulėję 50 skiepytų vaikų, sirgusių difterija, iš jų 30 buvę skiepyti du kartus ir 20 — tris kartus. Trečias skiepijimas, revakcinacija, buvęs daromas pusei metų praėjus po antro skiepijimo. Berniukų buvę 21, mergaičių — 29. Lengvai sirgę 30 vaikų (60%), vidutiniškai 8 (16%) ir sunkiai 12 (24%); paskutiniųjų tarpe buvę tik 2 skiepyti 3 kartus. Iš visų 50 skiepytų mirę 3, sirgę sunkia forma, jų tarpe nebuvę nė vieno skiepyto 3 kartus. Skiepytųjų tarpe buvęs tik vienas krupo atsitikimas, kuris pasveikęs padarius intubaciją.

Autorės išvada: trijų kartų skiepijimas turįs žymų pranašumą prieš dviejų kartų skiepijimą; priešdifterinių skiepijimų naudingumas nekeliąs abejojimų, bet skiepijimų dokumentacijos patikslinimas leisiąs operuoti dideliais skaičiais ir įrodyti skiepų efektingumą.

Atskirais atsitikimais profilaktiški skiepijimai galį nepadaryti įtakos nei palinkimui sirgti, nei ligos eigai. Reikalinga esą toliau atkakliai plėsti profilaktiški skiepijimai prieš difteriją, apimant ir neorganizuotus vaikus, ir savo laiku padaryti revakcinacija. *V. Tercijonas.*

3. Robert Sinka (Tartu): **C- vitamiinist ja ta sisaldusest emapiimas.** (C- vitaminas ir jo kiekis moters piene). (Eesti Arst 1940 m. 12 nr. 969).

Autorius pateikia Tartu Motinos ir Vaiko konsultacijos moters piene esančio C- vitamino kiekio tyrimų duomenis. Tyrimai buvę daromi nuo 1938 m. IV. iki 1939 m. IV. Buvę ištirta 230 motinų laktacija nuo 1 iki 12 mėn.; 159 motinos tirtos 1—3 mėn., 7-ios — 12 mėn. C- vitamino kiekis buvęs nustatomas šiuo būdu: pienas buvo titruojamas 0,2% 2,6 dichlorfenolindofenolio skiediniu ne vėliau, kaip praėjus 1 val. po paėmimo. Vidutiniškai buvę apie 5 mgr % C- vitamino. Daugiausia vitamino esą rudenį, mažiausiai pavasarį. Atskirais mėnesiais imant, vitamingumas esąs toks: I — 5,66; II — 4,36; III — 4,00; IV — 3,10; V — 3,55; VI — 3,02; VII — 5,22; VIII — 8,40; IX — 9,40; X — 9,45; XI — 8,33; XII — 6,93 mgr %. Be to, vitamingumas pareinąs ir nuo C-vitamino kiekio moters maiste. *A. Vileišis.*

## UROLOGIJA.

1. Hujo Ohsako ir Ryuti Kamei: **Über die Wirkung des Adrenalins auf den Sphincter der Harnblase in situ.** (Adrenalino veikimas šlapimpūslei in situ). (The Tohoku Journal of Experimental Medicine. 1940. vol. 38, 5 nr., 431 psl.).

Buvusi tiriama triušio šlapimpūslė in situ. Adrenalinas, mažais daviniais sužadinęs detrusor'io skatinančių simpatinių skaidulių veikimą, o sfinkterį veikęs stabdydamas; dideliais daviniais veikiąs simpatines stabdančias detrusor'io skaidules, o sfinkterio skatinančias simpatines nervų skaidulių galūnes. Triušo pūslė veikiama 0,000001% adrenalinio tirpiniu, visai nereaguojanti; 0,00001% tirpinys 2 atsitikimais iš 5 nesukėlęs jokių reiškinių, 0,00002% skiediniu jau visais atvejais gauta teigiamų rezultatų. *A. Vileišis.*

2. M. Пластунов (Kijevas): **Патологические поллюции и их лечение прижиганиями семенного бугорка.** (Patologinės poliucijos ir jų gydymas prideginant sėklinį guburėlį) („Урология" 1940 m. 2 nr.)

Poliucijos, pasireiškiančios ilgą laiką, net ir asmenims, gyvenantiems normalų lytinį gyvenimą, esančios patologiškos. Poliucijos, jei net retai pasitaiko, bet lydimos bendrinio suglebimo, galvos skausmų, darbingumo nustojimo, hipochondrinės nuotaikos ir nemalonių pojūčių lytiniuose organuose, taip pat esančios patologiškos. Ypačiai esančios patologiškos

seksualinio pobūdžio poliucijos, įvykstančios esant neeriguotam penisui. Nereikia jų painioti su ejakuliacija, sužadinta psichinio onanizmo ar ilgą laiką trunkančio susijaudinimo. Šitos poliucijos esančios labai retos. Poliucijų patologiškas pobūdis nustatomas pagal simptomus. Šitas susirgimas ilgai trunkąs. Kai kurie autoriaus pacientai nesėkmingai buvę gydomi vaistais ir fizinėmis metodėmis. Dauguma skundęsi padažnėjusiomis poliucijomis; visi nurodydavę į buvusį tą dieną nervų sutrikimą. Priežastimis esą nervų sistemos susirgimai, lydimi padidėjusio galvos bei stuburo centrų sudirginamumo ir vietinių uždegiminių procesų lyties organuose, kartais įgimtinis lyties sistemos nepakankamumas.

Per 7 metus autorius turėjęs 129 ligonius. Iš jų 48-iems buvę šlapiminių-lytinių organų funkciniai sutrikimai (lytinis silpnumas, naktinis šlapimų nesilaikymas, pollakiuria). Endoskopiškas tyrimas būtinas kiekvienam tokiam pacientui. Priešingai neuropatologams, siejantiems poliucijas vien tiktai su nervų sistemos pakitimais, dabar esą įrodyta, kad čia didelį vaidmenį vaidiną vietiniai pakitimai, užpakalinėje uretroje ir lytiniuose organuose. Ypačiai svarbus esąs vaidmuo colliculus seminalis, kurio uždegiminis procesas dirgináąs vietinių nervų galus. Iš čia jau dirginimas persiduodąs į centrą. Šitie pakitimai klinicistų išstudijuoti endoskopinių tyrimų dėka. Iš savo ligonių skaičiaus endoskopija autoriaus buvusi pritaikyta 94 pacientams, kurie buvę išgydyti pridegìnimais net tais atsitikimais, kur iki tol buvusios nesėkmingos visos kitos gydymo metodės. Esama, tiesa ir šitos metodės priešininkų, vadinančių mokslą apie colliculitis šarlataniškumu. Atvejais, kuriais guburėliai (colliculi) galima paveikti per prostatą, reikalingas ilgas gydymas. Endoskopinis gydymas žymiai sutrumpinąs gydymo laiką. Efektą autorius gaudavęs jau po 3-6 guburėlio pridegìnimų.

**Technika:** Sutepama 10-20% sol. arg. nitrici su 8-12 dienų protarpiais pareinamai nuo reakcijos. Dažnesni pridegìnimai esą žalingi. Guburėlis infiltrato ar hipertrofijos atveju, be pridegìnimo, dar rekomenduojamas bužavimas. Electrocoagulatio arba caustica esą pavojingi del galimumo pakenkti ductus ejaculatorius. Šita paskutinė gydymo metodė tinkama tiktai lapis'ui nepasiduodančių guburėlio polipų atvejais. Kartais po 2-3 mėn. atsirasdavę recidyvai, kurie, tačiau, greitai būdavę išgydomi. *T. Goldbergas.*

З. Я. Войтишевский и Л. Золотницкий (Charkovas): **Меатотомия при гонорейных и неспецифических уретритах.** (Meatotomija gonorėjinių ir nespecifinių uretritų atvejais) („Урология" 1940 m. 2 nr.)

Uždegiminių specifinių ir nespecifinių uretros susirgimų gydymas turįs būti pagrįstas chirurgija ir turįs remtis šiais dėsniais: 1) griežta aseptika ir antiseptika atliekant visas manipuliacijas, 2) antrinės infekcijos pašalinimas, 3) drenavimo principo pritaikymas, 4) platus operatyvus įsikišimas tiek anomalijų, tiek prigimtų luošumų, tiek ir striktūrų bei aprėžtų infekcinių židinių atvejais. Autoriai pastebėję, kad gydymas būnąs pasunkėjęs, esant siaurai įeinamajai šlapiminių takų angai, del ko sukliudomas išskyrų nutekėjimas. Pūliai tuomet susitelkią in fossa naviculari, gulint patenką į užpakalinę uretros dalį. Tuo būdu nebūna drenavimo principo. Taip autoriai pastebėję, kad asmenims, turintiems siaurą įeinamąją angą ir epispadiją, uretritas dažnai pereinąs į chronišką formą; čia fossa navicularis esanti tartum susitelkimo niša. Hypospadia neturi tokios nišos, bet jos atveju esą parauretiniai urvai ir išorinės angos susiaurėjimas. Iš 30 ligonių, 16-turėjo gonorėją, o 14-sirgo nespecifiniu chronišku uretritu. Būdinga jiems buvusi orificium externum urethrae epispadijos padėtyje; uretros anga buvusi segtuko galvelės dydžio, retkarčiais didesnė. Autoriai ypatingos reikšmės teikia šitai kombinacijai. Įgimtinio angos susiaurėjimo atveju reikią uždėti siūlė post

meatotomiam, uždegiminio pobūdžio susiaurėjimo atveju—siūlės nereikią, nes pirmoji anga liekanti elastinga, o antroji—randiškai skleroziška. Kraujavimas paskutiniu atveju sustabdomas įvedant kelioms minutėms storą bužą. Per pirmąsias 7-8 dienas bužavimas tiesiais bužais 21-25 nr. Komplikacijų nestebėta, be vieno atsitikimo, kur kraujavimas įvykęs, praėjus kelioms valandoms po meatotomijos. Kraujavimas sustabdytas tamponados pagelba. Gonorėjos buvimas nesąs kliūtis operacijai, nes pjūvio užgijimas įvykstąs gana greitai. Nei karto nebuvę nei vietinės, nei bendrinės reakcijos, taip pat ir komplikacijos po pjūvio.

Per 5-15 d. po meatomomijos gonorrhoea pranykstanti; negonorėjiniais atsitikimais sumažėdavusi bakterinė flora. Per artimiausias dienas sumažėdavusi sekrecija ir netrukus visiškai liaudavusis, subjektyviai pojūčiai taip pat greitai pranykdavę.

P a d a r i n i a i: 90% sergančiųjų urethritis gonorrhoica išsirašę pagiję per 15-20 d.; urethritis non specifica per 5-15 d. 80% buvę patikrinti po 1-6 mėn. ir gauta neigiamų padarinių. Recidyvų nebūta.

Autoriai meatotomijai stato 2 indikacijas: užsitęsusi chroniška gonorėjos eiga ir nespecifiniai uretritai, esant susiaurėjusiai uretros išeinamajai angai ir nėsant galimumo įvesti instrumentą į uretrą topinės diagnostikos ir vietinės terapijos tikslais. Meatotomija neišskirianti būtinumo taikyti įvairias manipuliacijas uretrito atveju, bet labai dažnai po šitos operacijos įvykstąs greitas galutinis pasveikimas.

*T. Goldbergas.*

## NERVŲ IR PSICHIKOS LIGOS.

1. Проф. А. А. Переломан: О стимулирующем действии кофеина при торпозных формах шизофрении. (Apie kofeino stimuliuojamąjį veikimą katatonijos atveju). („Невропат. и психиатр" 1940. 9 nr.).

Autorius gavęs gerų rezultatų, gydydamas katatoniją kofeinu.

Rp. Coffeini 1,0
Aq. destill. 150,0
MDS. Tris kartus per dieną po 15 ccm.

Taip duotina ciklais — 5 dienas iš eilės, paskui po trijų dienų pertrauka ir vėl iš naujo. Kofeino davimas nutraukiamas, kai ligonis kenčia nuo nemigos, tachikardijos, psichomotorinio nerimo.

Nuo kofeino katatonikams dingstąs mutizmas, atsirandąs kalbumas, kontaktiškumas ir gyvumas, atsirandąs apetitas, praeinąs negatyvizmas. Nuo kofeino geras efektas pasireiškiąs kartais net po 5—6 dienų. Dažniausiai kofeino reikią duoti kelis ciklus.

Teoriškai geras kofeino veikimas katatonikams aiškinamas tuo, kad kofeinas išplečiąs galvos smegenų ir inkstų kraujagysles; tada pagerėjanti galvos smegenų mityba ir mažėjanti šizofreninė toksikozė; padidėjus nuo kofeino diurezei, iš viso dezintoksikuojamas organizmas; be to, kofeinas stimuliuojąs centrinę nervų sistemą. *N. Indrašius.*

2. Н. Н. Григорович (Maskva): О влиянии комбинированной смеси бром-мединаль магнезии на состояние возбуждения у душевнобольных. (Apie kombinuoto bromo-medinalio-magnezijos mišinio veikimą neramiems psichiniams ligoniams). („Невропат. и психиатр" 1940 m. 9 nr.).

Neramius psichinius ligonius gerai veikiąs šis mišinys:

Rp. Natr. bromati
Magnes. sulfur. aa 10,0
Medinal 5,0
Aq. destill. ad 100,0
Steril

MDS. Įšvirkšti kasdien po 20 ccm į sėdynės raumenis.

Tokių injekcijų reikia daryti ne mažiau kaip 5 ir ne daugiau kaip 7.

Šitas mišinys neveikiąs tik tais atvejais, kai ligonis retkarčiais trumpam pradedąs šėlti, šiaip visą laiką būdamas ramus, stuporoziškas, atbukusio emocianalumo. *N. Indrašius.*

## FIZIOLOGIJA, HIGIENA, MIKROBIOLOGIJA.

1. E. Freudenberg ir S. Buchs: **Über die zweite Protease des Magensaftes, das Kathepsin.** (Kathepsin'as — antroji proteazė). („Schweiz. med. Woch." 1940, 249).

Vaikų skrandžio sunkos tyrimas parodęs, kad esąs rūgštumas esąs per mažas pepsino veikimui. Autoriai ėmę skrandžio sunką ir davę jai virškinti pieno baltymus prie pH 2 ir pH 4,7. Iš tyrimų matyti, kad ir prie pH 4,7 vykstąs baltymų skilimas, tik mažesnis kaip prie pH 2. Kūdikių skrandžio sunkos tyrimai parodę, kad prie pH 4,7 jos veikimas esąs dar beveik 60% esančio prie pH 2. Iš pepsino aktyvumo kreivųjų galima esą atmesti prielaida, kad čia dar taip veikiąs pepsinas, kurio optimum pH yra 2. Autoriai galvoję apie kathepsin'ą, kuris pagal Willstaetter'į virškinąs (skaldąs) izoelektrinius proteinus. Jo optimum pH esąs tarp 4 ir 5. Jis buvęs rastas jau seniau skrandžio sunkoje, leukocituose, limfiniuose organuose. (Katijoninį baltymą skaldąs pepsinas, anijoninį — tripsinas).

Autoriams pasisekę abu proteinai skrandžio sunkoje atskirti, nusodinant pepsiną cholesterinu prie pH 2. Katepsinas skaldąs proteinus, bet neveikiąs peptonų, peptidų. Tuo būdu jis tik pradedąs baltymų virškinimą kaip ir pepsinas. Subaciditas metu baltymą skaldąs katepsinas. Esant anaciditas, lengviau ir ligoniui maloniau esą pakelti rūgštingumas iki „katepsino rūgštingumo", duodant neatkiestas rūgščių vaisių sultis arba pieninės ar citrininės rūgšties tirpalus didesniais kiekiais — po 200—300 ccm kiekvienam valgiui. Organinės rūgštys organizme sudegančios ir nesukeliančios acidozės. Vaikų parūgštintas pienas sudarąs palankesnes sąlygas katepsino veikimui. *A. Čeičys.*

2. W. Stepp: **Mintys apie sveikųjų ir sergančiųjų maitinimąsi karo metu.** (Gedanken zur Ernährung von Gesunden u. Kranken während des Krieges). („M. m. W." 1940. II. 9 d. 141).

Pradžioje autorius pabrėžia per gausų gyvulinių produktų vartojimą, ypač miestuose. Duona valgoma labai smulkių miltų. Mažai atsižvelgiama į vitaminų reikalingumą.

Ligoninės maistas ir ligonių maitinimas esąs perdaug vienodas. Yra daug ligų, kur reikią vaisių-daržovių arba jų sunkų dietos. Tat žymiai papigina gydymą ir pagreitiną pagijimą, pvz., skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opos, nepateikus gausiai vitaminų, negalima esą greit ir visiškai išgydyti. Tas pat esą su daugeliu širdies, inkstų ir medžiagos apykaitos ligų atsitikimų.

Svarbu esą pabrėžti separuoto pieno didelė vertė. Toks pienas turįs daug baltymų, visus pieno mineralus, pieno cukrų ir vitaminus, išskyrus A vit. Duona reikėtų valgyti tik rupi, nes tik ji visiškai vertinga. Tik retas gal tokios duonos negalėtų valgyti del savo virškinamojo trakto stovio. Šiaip visi greit pripranta. Bulvės ant stalo turėtų patekti tik su luoba, nes tuo būdu nežūstą vitaminai.

Daugiau dėmesio maisto vitaminams ir mineralams, mažiau rūpintis vien kalorijų apskaičiavimu! Yra žmonių, kuriems reikią daug degamosios medžiagos, pvz., del sunkaus darbo. Tokiems reikią duoti daugiau angliavandenių ir riebalų. Seniems žmonėms energetinių maisto medžiagų reikią duoti mažiau, bet daugiau vitaminų. Vadinasi, jie turi maitintis daržovėmis, vaisiais ir taip pat pienu. Reikią truputį aprėžti: jiems daržovės reikią parinkti lengviau virškinamos. *A. Čeičys.*

## KLINIKOS IR PRAKTIKOS PATYRIMAI.

### Difterijos bacilų nešiotojų gydymas.

Difterijos bacilų nešiotojai gydomi pilokarpino sukeltu seilių tekėjimu. Iš ryto įšvirkščiama 0,004—0,006 pilokarpino. Pasirodęs didelis seilėtekis ir sloga dar didinama įkvėpimu ramunėlių arbatos garų. Vėliau tepama targesinu, kuris į paviršių išplaukusius bacilus užmušąs. Šitas būdas kartojamas keletą kartų. (G. Rosenke: Wenzel-Hanke-Krankenhaus, Breslau. „Ther. Gegenw." 1940. 10). („Schweiz. med. Woch." 1940. 47 nr). *K. Ambrozaitis.*

### Profuzinių prakaitavimų gydymas.

Nuo profuzinių tarppirščių, kirkšnių, pažastų prakaitavimo patariama ši formulė.

Rp. Zinci oxydati
Ac. borici aa 5,0
Pulv. amyli 10,0 M. f. p.

Šlampančios pragulos gydomos: adstringuojamais skiediniais, pudromis, kremais, tepalais, pvz.:

Rp. Plumb. subacet. dil. 25,0
Zinci oxyd. 10,0
Muc. tragac. 50,0
Aq. rosae ad. 200,0 M. f. solutio.

Rp. Zinci oxyd.
Pulv. amyli aa 10,0
Paraff. mollis 20,0 M. f. pasta.

Nudeginimus dujomis pastarajame kare gydoma šitokiu kremu:

Rp. Zinci oxyd. 30,0
Ol. lavand. 0,0025
Pulv. tragac. 30,0
Adip. lanae hydr. 20,0
Liqr. calc. ad 250,0 M. f. cr.

(„Kactitröher", sept. 1940). *K. Ambrozaitis.*

### Kirmėlinių vaistų nuodingumas aliejiniuose skiediniuose arba vandens emulsijose.

Daugelis vartojamųjų anthelminthica mažai skiedžiasi (tirpsta) vandenyje, bet gerai skiedžiasi riebaluose. Praktiškai esąs svarbus klausimas, ar įvairūs anthelmintica riebalų skiediniuose geriau rezorbuojasi virškinamajame trakte ir ar tuo būdu nuodingesni esą. Quirll tyrimai parodę, kad triušiai, gavę per os extr. filicis maris alyvų aliejaus skiedinyje, keletu valandų anksčiau žūdavę, negu gavę to paties vaisto vandens skiedinyje. Eskolas pastebėjęs bilirubino kiekio padidėjimą kraujyje duodant extr. filicis maris su ol. ricini; gi vartojant tokius pačius davinius su Glauberio druska, to nepastebėta.

Priešingai Migasaki, darydamas tyrimus su pelytėmis, pastebėjęs, kad filmaronas per os su ol. ricini esąs daug mažiau nuodingas, negu vandens skiedinyje.

Yra labai skirtingų nuomonių del riebalų, ypač ol. ricini vartojimo, kaip paleidžiamųjų vaistų, gydant prieškirmėliniais vaistais.

K. H. Finger ir Franke darė bandymus su baltosiomis pelytėmis. Vartojo filmaroną, santoniną, askaridolį, p-cimolį, timolį ir kt. Tyrimai parodę, kad filmaronas, emulguotas vandenyje, yra nuodingesnis, negu aliejų skiedinyje. Aliejai, anot autorių, pageriną filmarono rezorbciją. Aliejinis santonino skiedinys neturįs įtakos nuodingumo padidėjimui. Timolio atžvilgiu skiediniai panašiai veikią kaip filmarono.

Tas pat pasakytina ir apie askaridolį arba p-cimolį, kurie turį tas pačias veikiančiąsias dalis — ol. chenopodium.

Gale autorius daro išvadą: aiškus esąs nuodingumo sumažėjimas filmarono, timolio, p-cimolio ir askaridolio aliejinių skiedinių, gi nuodingumas aliejinių skiedinių santonino, tetrachloretileno nežymiai padidėjęs. (H. A. Velkers: „Münch. med. Wchschr." 1940 m. 37 nr.).

*K. Ambrozaitis.*

**Intrasterninė injekcija ir transfuzija — intraveninių metodžių pakaitalas.** Anatominiai ir rentgenologiniai tyrimai rodą, kad medžiagos, suleidžiamos į krūtinkaulio čiulpų tuštymą, labai greit patenkančios per v. v. mammariae int. į veninę kraujo apytaką. Esąs galimumas intravenines injekcijas pavaduoti intrasterninėmis. Svarbu ypač tais atsitikimais, kada del techniškų kliūčių intraveninės injekcijos nėra galimos. Nurodoma į galimumą daryti intrasterninės kraujo transfuzijos, ypač karo metu, kada intraveninės kraujo transfuzijos, esant kolapso padėtyje, sudarančios daug sunkumų. (N. Hennig-Fürth: „Münch. med. Wschr." 1940 m. 38 nr.). *K. Ambrozaitis.*

**Keli ischias simptomai.**

Prof. Erben (iš Vienos) nurodo keletą svarbių ischias'o simptomų, kurie lengvai prieinami gydytojo praktiko tyrimams: 1) skausmas susirgusio nervo srityje vartojant pilvo presą (kostint, čiaudint, stenant); 2) susirgusios pusės kelio sąnarys šaltesnis kaip sveikosios; šita vazomotorinė reakcija kartais išliekanti ilgiau kaip skausmai; 3) jei sergąs lenkiasi į priekį, tai juosmens srityje stuburkaulis neišlinkstąs, o liekąs įdubęs (lordozė) kaip stačioje padėtyje; žmogus lenkiasi tik per klubus. Šitą paskutinį simptomą autorius aiškina šitaip: ischias'o metu juosmens stuburkauliai, dažnai ir melmuo (kryžkaulis), esą paliesti ligoto proceso, dažniausiai spondilartrito. Todėl esąs refleksiškas raumenų spazmas, kad besijudinant stuburui nedidėtų skausmai. Nervų šaknelės galinčios būti spaudžiamos in foramine intervertebrali įdegiminės infiltracijos (susiaurėjimų). Toks šaknelių spaudimas esąs ir scoliosis cruciata priežastimi: priešingos pusės erector trunci įtempiamas, kad stuburkauliai prasiskėstų ir nebespaustų nervų susiaurėjusių formen intervertebrale srityje. Sergąs lumbago dažniausiai beveik visai negalįs pajudėti del didelių skausmų darant judesius. Bet susirietęs ir pritraukęs kelius, jis paprastai galįs savo padėtį pakeisti be skausmų. Tokioje padėtyje stuburkaulių sąnariai išsitempia, jų angose nervai nebespaudžiami. („Schweiz. med. Woch." 1940 m. 143, 7 nr.). *A. Čeičys.*

**Dieta sergant vidurių šiltine.**

Žinomas infekcinių ligų tyrinėtojas prof. Hegler, atsakydamas į paklausimą, „Med. Welt" 1940 1 nr., pataria šitokią dietą sergant typhus abdominalis: Maistas turįs būti kaloringas ir turėti 100—150 g baltymų. Pvz., galima duoti 1 ltr pieno (ir su grietinėle), 100 g padegintos duonos ar sausainių, 2—4 kiaušinius, 50—80 g sviesto, 50 g cukraus, apie 100 g mėsos („geschabtes Beefsteak, feingeschnittenes Hünerfleisch oder Kalbsbraten"), šviežių žalių daržovių tyrės (košės) pavidalu, obuolinio muso. Maistas duotinas mažais dažnais daviniais.

*A. Čeičys.*

**Tuberkuliozinės empyemos profilaktika.**

Tuberkuliozinė empyema pasitaikanti apie 10% pacientų su dirbtiniu pneumotoraksu. Paskelbtais literatūroje atsitikimais mirtingumas siekęs apie 50%. Todėl profilaktika esanti labai svarbi. Jei ligonis jaučiąs pastovų arba vis grįžtantį skausmą židinio vietoje, tai reikią manyti, kad esanti sunki pleuros tuberkuliozė. Tada patartina kitokia kolapsinė terapija, nes empyemos pavojus esąs per didelis. Nepatartini yra plaučių suspaudimai aukštu spaudimu, „adhezijų ištempimas", nes dirbtinio pneumotorakso tikslas esąs ne plaučių suspaudimas, o jų atpalaidavimas. Po adhezijų kauterizacijos ir kolapso sutvarkymo reikią žiūrėti, ar pro-

cesas gerėjąs. Jei jis negerėjąs, tai mesti pneumotoraksas ir pavartoti kitokia kolapso rūšis, — oleotoraksas arba ekstrapleurinis pneumotoraksas (L. Roberts: „The Lancet" 1939 m. 1 p. 134).

*A. Čeičys.*

**Ulcus cruris medikamentinis gydymas.**

Reikią pastebėti, kad varikozinio simptomų komplekso pagrinde esąs periferinės ir centrinės kraujo apytakos nepakankamumas. Užtat ir gydymas remiamas tuo principu: pirma reikią gydyti ligos priežastis, t. y. gerinti kraujo apytaka, o paskui tik taikyti vietinė terapija. Esą žinoma, kad del bendro atpalaidavimo kraujo apytakos bado dieta pagerinanti centrinę ir periferinę kraujo apytakos nepakankamumą. Tyrimai parodę, kad esąs glaudus sąsyjis tarp žaizdų infekcijos, jų gijimo ir organizmo mitybos.

Autorius gydęs bado dieta (vaisių dieta). Teigiamas gydymo veikimas grindžiamas ypatingai mineralinių medžiagų pasiskirstymu augaliniame maiste. Būna čia maža Na ir Cl jonų, o daug K- ir Ca- jonų. Tat sukelia didesnį vandens išsiskyrimą iš organizmo ir druskų sumažėjimą. Vaisių dieta veikianti antiflogistiškai. Sumažėjus šarmų atsargoms narveliuose ir organizmo skystimuose, žaizdų sekrecija susilaikanti, žaizdos susitraukiančios, granuliacijos sutvirtėjančios. Apsiginamosios organizmo jėgos padidėjančios (Brauchle, Grote, Sauerbruch). Gydoma šitaip: duodama 750 ccm vaisių sulčių per dieną, kartais pakeičiant daržovių sunka bei arbata. Per 12—15 dienų baigiamas gydymas bado dieta. Vietiniam gydymui vartojama kvarco lempa, saulės spinduliai (Hubert Zur: „Münch. med. Wschr." 1940 m. 35 nr.).

*K. Ambrozaitis.*

**Žinios apie epideminio meningito gydymą Kauno Universiteto klinikose.**

**1941 m. sausio ir vasario mėn.** priimta į Kauno Univ-to klinikas (vaikų ir suaugusių skyrius).

| | sausis | vasaris | | sausis | vasaris |
|---|---|---|---|---|---|
| Iš Kauno .... | 22 | 39 | Iš Panemunės v. | 1 | — |
| „ Baisogalos v. | 2 | 2 | „ Palemono v. | — | 1 |
| „ Čekiškės v. | — | 2 | „ Pažaislio v. | 3 | 8 |
| „ Garliavos v. | 8 | 3 | „ Pilviškių v. | 1 | — |
| „ Igliškėlių v. | — | 1 | „ Raudondvar. | — | 1 |
| „ Jezno v. .. | — | 1 | „ Rokiškio v. | — | 1 |
| „ Jonavos v. | 4 | 8 | „ Rudaminos v. | 1 | — |
| „ Joniškio v. | — | 2 | „ Rumšiškių v. | — | 2 |
| „ Kaišiadorių | 2 | — | „ Šilavoto v. | 1 | — |
| „ Kazlų-Rūdos | 5 | 9 | „ Tauragės v. | 2 | — |
| „ Kapčiamiesč. | 1 | — | „ Tauragnų v. | 1 | — |
| „ Kelmės .... | — | 1 | „ Veiverių v. | 2 | — |
| „ Lapių v. .. | 1 | — | „ Vandžiogal. | 3 | — |
| „ Marijampol. | — | 4 | „ Vievio v. .. | — | 1 |
| „ Merkinės v. | — | 1 | „ Vilkijos v. | — | 1 |
| „ Onuškio v... | — | 1 | „ Žaslių v. .. | — | 2 |
| „ Pakuonio v. | 2 | 7 | „ Žiežmarių v. | — | 2 |
| | | | Iš viso .... | 62 | 100 |

Sausio mėn. mirusiųjų skaičius neparodytas. Vasario mėn. mirė 23. Šitą skaičių sudaro vaikai ir suaugusieji (gydomi tiek vaikų klinikoje, tiek vidaus, nervų ligų ir limpamųjų ligų skyriuje). Pagal ligonių kilmės vietas išeina, kad daugiausia į klinikas patenka Kauno ir jo apylinkių ligoniai; žinoma, kad Alytuje susirgimų epideminiu meningitu yra, bet ligonių iš to krašto maža teatvyksta.

Gydymas: — vaikų klinikoje diagnozei nustatyti daromos liumbalinės punkcijos, duodamas sulfidinas; meningokokinis serumas paskutiniu laiku mažai vartojamas. Suaugusiųjų skyriuose vartojamas kombinuotas gydymas serumu ir sulfidinu. Vaikų klinikoje jaučiama stoka vietų meningitikams. *V. Tercijonas.*

---

## Mediciniškųjų organizacijų veikla.

**Vilniaus m. I-sios ligoninės gydytojų mokslo sekcijos viešojo posėdžio, buvusio 1940 m. gruodžio mėn. 2 d. 19 val. 30 min.,**

**PROTOKOLAS 2 NR.**

Susirinkimą pradėjo Gydytojų mokslo sekcijos pirmininkas d-ras Lukovskis, sekretoriavo gyd. P. Čibiras.

**Darbotvarkė.**

1. Steigiamojo susirinkimo protokolo skaitymas.
2. Ligonių demonstravimas.
3. D-ro Eug. Mancevičiaus referatas tema: „Ar granuliuojąs danties šaknies periodontitas gali sukelti organizmo infekciją".
4. Sumanymai.

I. Steigiamojo Vilniaus m. I-sios ligoninės gydytojų mokslo sekcijos susirinkimo protokolą skaitė sekretorius gyd. Bagdanavičius. Protokolas priimtas su mažomis pataisomis.

II. Ligonius demonstruoja gydytojai: H. Rudzinskis, Stonkus ir Norkūnas.

1. D-ras H. Rudzinskis demonstruoja ligonį, sergantį **morbus Addisonii**, 42 m. amž., biuro tarnautoją. Ligos reiškiniai prasidėję pamažu prieš metus po didelio peršalimo. Kartu prasidėjęs sąnarių, ypač viršutinių galūnių, polyarthritis. Be to, ligonis apie 8 metus turįs kairiosios rankos fascia palmaris Dupuitrain'o kontraktūra, prieš metus ir dešiniosios rankos kontraktūrą. Visa ligonio oda bronzinės spalvos, ypač tamsi anus srityje ir linkymuose. Burnos gleivinė turi melsvų dėmių, bendra astenija, kraujospūdis $^{100}/_{60}$. Kraujo Schilling'o formulėje 55% limfocitų. Cukraus kiekis kraujyje 115 mgr %. NaCl del techniškų sunkumų nebuvo tirtas. Ligos simptomų kompleksas rodo, kad, be antinkstinių liaukų, turimas čia kitų vidinės sekrecijos liaukų funkcijos ar jų koreliacijos sutrikimas. Terapija, del kortino ir kitų organinių preparatų stokos, apskritai remiasi stiprinamaisiais vaistais. Be to, ligonis kasdien gauna po 50—100 gr. nevirintų antinkstinių liaukų.

**Diskusijos:**

a) D-ras Banevičius atkreipė dėmesį į tai, kad ligonis per gana trumpą laiką nustojo 24 kg. svorio. Organoterapija ir adrenalinas Addison'o ligoje bemaž visai nepadedą. Kadangi šitoje ligoje dažniausiai būna hypochloraemia ir K+ jonų padaugėjimas, tai kai kurie autoriai siūlą vartoti natrium chloratum iki 20 gr. per dieną. D-ras Banevičius keliais atsitikimais pats išmėginęs šitą gydymo būdą. Dviem atsitikimais (vienu su kolapsiniais reiškiniais) gavęs žymų pagerėjimą,

jėgų sustiprėjimą, kraujospūdžio padidėjimą ir svorio padaugėjimą. Vartojęs inj. natrii chlor. 10%—10,0 į veną ir 8—18 gr. NaCl per os su valgiu. Be to, gerai veikiančios kortino injekcijos.

b) D-ras St. Stonkus kalba apie Dupuitrain'o kontraktūrą, kurios etiologija esanti tiek pat neaiški, kiek esąs nedėkingas jos gydymas. Šita liga buvusi siejama su įvairiais bendriniais nusilpimais. Didžiausį pasisekimą turinti Ali Krogius'o teorija, pagal kurią šita liga išsivystanti ant embrioninių rudimentinių audinių pagrindo. Paskutiniu metu didelės provokacinės reikšmės skiriama chroniškai traumai. Gydant gerų rezultatų gaunama tik iš sudėtingos plastiškos operacijos, bet ir ji del savo pavojingumo nesanti mėgiama.

c) D-ras Vainšteinas žino Dupuitrain'o kontraktūros atsitikimų ir gydytojų tarpe, kur traumos, jo nuomone, visai nebuvę.

d) D-ras Kucharskis nurodo, kad permaža dėmesio kreipiama į pooperacinį gydymą — masažą, kuris žymiai pataisąs operacijos rezultatus.

2. D-ras St. Stonkus demonstruoja **stabo ligos (tetanus)** atsitikimą. Jaunas vyras prieš 3 savaites peršautas per drabužius, pro dešinįjį dilbį. Praėjus maždaug 36 val. po peršovimo, ligonis pateko į mūsų ligoninės chirurgijos skyrių, kur jam buvo įšvirkšta į raumenis 2.500 antitoksino vienetų. Tolimesnėje ligos eigoje jam išsivystę rožės reiškiniai sužeistoje rankoje. Devintą dieną po peršovimo prasidėję pirmieji stabo reiškiniai. Tuojau pradėtas energingas serologinis ir simptominis gydymas. Ligoniui įšvirkšta iki 70.000 antitoksino vienetų, iš dalies intraliumbaliai, iš dalies į raumenis, iš dalies į veną. Be to, į raumenis įšvirkšta po 10,0—25% magnes. sulfurici, narcotica, sedativa. Ligonio stovis pradėjęs gerėti, tačiau visi stabo reiškiniai dar laikąsi. Del serumo stokos tenką žymiai mažinti serumo daviniai. Prognozė žymia dalimi pareinanti nuo pakankamo teikimo organizmui antitoksino.

**Diskusijos:**

a) D-ras Vainšteinas papasakojo iš literatūros stabo atsitikimą po laparotomijos. Infekcija patekusi, greičiausia, su ketgutu. Stabui gydyti jis siūlo permanentinį miegą po avertino klizmų, nes ligonio jėgas išsemianti ne tik pati toksemija, bet žymia dalimi ir didelis raumenų įtempimas. Be to, kreipia dėmesį į tai, kad šituo atsitikimu buvusi per maža profilaktinė dozė.

b) D-ras Šėmis pastebėjo, kad tetanus, nors reta liga, bet dažnai turinti epideminį pobūdį; kodėl taip esą, neaišku, bet jam tekę stebėti Vilniuje keletas tokių grupinių susirgimų.

c) D-ras Banevičius prieš porą savaičių stebėjęs tetanus facialis atsitikimą pas statybos techniką, kuris susižeidęs geležimi smilkinį. Po savaitės prasidėjęs paralysis n. facialis. Kitą dieną ligoninėje prasidėję stabo priepuoliai veido, gerklės ir kaklo raumenyse. Tetanus facialis laikomas viena iš sunkiausių stabo ligos formų.

d) D-ras Rudzinskis matęs tetanus hydrophobicus atsitikimą. Profilaktikai siūlo vartoti Ramon'o anatoksiną, kaip pigesnį.

e) D-ras Lukovskis dažnai turėdavęs tetanus neonatorum. Vienas kūdikis, ilgai gydomas antitoksinu, pasveikęs.

f) D-ras Levande iškelia reikalingumą įstatymo deginti mirusiųjų stabo liga lavonus.

3. D-ras Norkūnas referuoja jaunos moters **fractura femoris** atsitikimą su žymia **dislokacija ad longitudinem, ad latus et axin**, gydytą konservatyviu būdu — tempiant Kirschner'io aparatu. Rentgenogramos įrodė, kad gauta gera kaulų repozicija, bemaž anatomiška.

III. D-ras Eug. Mancevičius skaito pranešimą tema: **„Ar granuliuojantis šaknies viršūnės periodontitas gali sukelti organizmo infekciją“.**

Prelegentas savo referato pradžioje apibūdina odontogeniškų židinių sąvoką ir esmę. Tokiais židiniais laikąs aprėžtus, aplink danties viršūnę

esančius židinius, turinčius savyje patogeniškų mikroorganizmų. Tie židiniai galį būti ūmaus arba chroniško uždegimo stadijoje. Iš tų židinių bakterijos ar jų toksinai, o taip pat įvairūs citotoksinai per kraują ir limfą patenką net į tolimus organus. Prelegentas tvirtina, kad rentgenogramų pagelba galima esą nustatyti sąsyjis tarp paraodontito ir bendro organizmo stovio, vadinasi, galima nustatyti, kuris dantis yra kaltas, nes esąs aiškus paralelizmas tarp patologo-anatomiško ir rentgenologiško paraodontito vaizdo. Granuliuojančio paraodontito aktyvi forma patologoanatominiu atžvilgiu pasižyminti paradentalinio plyšio destrukcija ir danties duobutės kaulo rezorbcija. Rentgeno nuotraukoje matomas visiškas šaknies periodonto ir danties duobutės tarpusavio santykio suirimas. Granuliacinis audinys spinduliuojančiai infiltruojąs žandikaulį. Fibrinoziniame periodontite matomas išplėstas paradentalinis plyšys ir sveika danties duobutės kaulo plokštelė. Prelegentas tvirtina, kad tos dvi periodontito formos 60% atsitikimų duodančios organizmo infekciją ir turinčios būti pašalintos. Bakterijos, kad ir mažai virulentiškos, per ilgesnį laiką būdamos židiniuose, sukeliančios aplinkiniuose audiniuose chroniško uždegimo procesą. Be bakterijų, čia atsirandą įvairūs audinių suirimo produktai, citotoksinai, kurie veikią alergiškai, įjautrindami visą organizmą. Pabrėždamas tą faktą, prelegentas neneigia bakterijų ir jų toksinų patogeniškos reikšmės „burnos sepsyje", bet iškelia tai, kad jos padedančios atsirasti citotoksinams, kurie savo rėžtu veikią alergiškai. Kad tie citotoksinai turį galimumo patekti iš židinių į kraują, įrodyta su pagelba jodo preparatų injekcijų į tuos židinius, kontroliuojant šlapimus ir seiles.

Eksperimentai parodę, kad iš minėtų židinių infekcija generalizuojantisi del retikulo-endotelinės sistemos funkcijos sumažėjimo. Normaliai veikiant šitai sistemai, odontogeninis židinys lieką̨s lokalizuotas. Nustatyta, kad odontogeniniai židiniai per ilgesnį laiką galį užblokuoti retikuloendotelinę sistemą, ir tada ji nepajėgianti infekcijos generalizacijos proceso sulaikyti.

Prelegentas pabrėžia alergijos momentą, padidėjusį jautrumą bakterinės ir nebakterinės kilmės antigenams, pasireiškiantį padidėjusia eozinofilija, Schilling'o formulės nukrypimu į kairę ir sumažėjusia tolerancija anglies hidratams. Eksperimentais įrodyta, kad aktyvūs periodontito židiniai dirginą simpatinę nervų sistemą, veikią simpatikotoniškai, atsirandąs padidėjęs jautrumas adrenalinui-adrenotropija. Serologiški tyrimai duodą galimumo spręsti, kad iš odontogeninių židinių patenką į kraują produktai turį antigenų pobūdį. Serumas ligonių, sergančių nefroze, nefritu, artritu, turinčių periodontito židinių, duodąs apie 80% atsitikimų teigiamą precipitacijos reakciją su antigenais, gautais iš streptokokų, išskirtų iš periodontito židinių. Visi minėti faktai patvirtiną sąsyjį tarp periodontito ir vadinamojo chroniško organizmo užkrėtimo.

Referato skaitymas užtruko daugiau kaip valandą ir buvo išklausytas su dideliu susidomėjimu.

**Diskusijos:**

a) D-ras Levande kalba apie gerklės tonsilių panašumą į periodontitus „burnos sepsio" patogenezėje ir iškėlė klausimą, ar kartais iš dantų židinių infekcija nepatenkanti į tonsiles ir priešingai.

b) D-ras Banevičius neurologijoje dažnai stebįs neuralgia n. trigemini ir neurozes, kurių priežastimi būną minėti periodontitai.

c) D-ras Mancevičius duoda statistikos žinių iš literatūros, kur nurodoma, kad tie židiniai būną priežastimi endokardito bemaž 100%, reumato, nefrito 55—70%, abortus habitualis, etc.

IV. Per **sumanymus** pasiūlyta d-rui Mancevičiui pasiųsti ištisą savo pranešimą „LTSR Medicinai" atspausdinti. Taip pat nutarta šito posėdžio protokolas nusiųsti „LTSR Medicinai". Posėdyje dalyvavo 39 gydytojai. Posėdis baigėsi 23 val. 15 min.

Pirmininkas *Fr. L. Lukovskis.*
Sekretorius *Gyd. P. Čibiras.*

# Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato veikla.

I.

**LIETUVOS TARYBŲ SOCIALISTINĖS RESPUBLIKOS LIAUDIES KOMISARŲ TARYBOS NUTARIMAS NR. 84 DEL KOVOS SU VENERINĖMIS LIGOMIS.**

LIETUVOS TSR LIAUDIES KOMISARŲ TARYBA NUTARIA:

1. Nustatyti, kad venerinių ligų gydymas visiems yra neapmokamas ir privalomas.

2. Suteikti Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato organams teisę priverstinai ir kartotinai tikrinti sveikatą tų asmenų, del kurių yra pagrindo manyti, kad jie serga bet kokia venerine liga, jei jie atsisako geru noru leisti patikrinti savo sveikatą.

3. Suteikti Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato organams teisę priverstinai gydyti sergančius bet kuria venerine liga užkrečiamoje stadijoje asmenis, jei jie atsisako geru noru gydytis. Priverstinis gydymas tęsiamas tol, kol liga pereinå į neužkrečiamąją stadiją.

4. Pavesti Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariatui teikti priverstinai gydomiems ligoniams visas atitinkamas sąlygas ir priemones sėkmingai gydytis, duodant neapmokamai ir vaistus.

5. Nustatyti, kad asmenys, kurie, neatsižvelgdami į Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato organų reikalavimus, vengia tikrinimo, atsisako gydytis ar nutraukia pradėtą gydymą, traukiami baudžiamojon tieson.

6. Pavesti Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisarui, susitarus su Vidaus Reikalų ir Teisingumo Liaudies Komisarais, išleisti šitam nutarimui vykdyti atitinkamas instrukcijas, kurios turi būti privalomos ir kitų Liaudies Komisariatų sveikatos apsaugos organams.

Lietuvos TSR Liaudies Komisarų Tarybos Pirmininkas
(pas.) *M. Gedvilas.*

Liet. TSR Liaudies Komis. Taryb. Reikalų Valdytojas
(pas.) *A. Bauža).*
(Antspaudas)

Kaunas, 1941 m .vasario 12 d.
Nuorašas tikras:

Venerologijos Skyriaus Vedėjas
(parašas)

II.

**INSTRUKCIJA**

**DEL KOVOS SU VENERINĖMIS LIGOMIS.**

Pasirėmęs LTSR Liaudies Komisarų Tarybos 1941 m. vasario 12 d. nutarimu Nr. 84 del kovos su venerinėmis ligomis ir susitaręs su LTSR, TLK ir VRLK, skelbiu šitam nutarimui vykdyti instrukciją:

**I. Bendrieji nurodymai.**

1. Venerinėmis ligomis laikomos šios ligos: sifilis (lues), triperis (gonorrhoea) ir minkštasis šankeris (ulcus molle).
2. Venerinius ligonius gydyti gali tik gydytojai.
3. Kovą su venerinėmis ligomis vykdo miestų ir apskričių sveikatos apsaugos skyriai per venerinių ligų dispanserius, venpunktus, venambulatorijas, apylinkių ambulatorijas ir visas kitas įstaigas, gydančias venerines ligas.
4. Gydytojas, kuris apžiūri ar gydo venerinį ligonį, turi:

a) paaiškinti jam ar jo globėjui ligos pobūdį, kitų užkrėtimo pavojų, gydymosi reikalingumą ir galimą už kitų užkrėtimą bausmę;

b) duoti jam ar jo globėjui nemokamai tam tikrą spausdintą venerinių ligų aiškinamąjį lapelį, ir

c) išklausti jį, kas jį venerine liga yra užkrėtęs; sužinojęs jo užkrėtėją, jį patikrinti ir, prireikus, priversti gydytis. Jeigu paskiras gydytojas ar gydymo įstaiga patikrinimo negali atlikti, tai visą reikalą nukreipia į artimiausią ligonio gyvenamosios vietos apylinkės ambulatoriją ar vendispanserį.

5. Visi gydytojai ir visos gydymo įstaigos, išaiškinę naują ligonį — veneriką, sergantį venerine liga užkrečiamoje stadijoje (lues I, lues II recens, lues II recidiva, lues III activa, lues congenita praecox, gonorrhoea acuta, ulcus molle), turi pranešti vietos sveikatos apsaugos skyriui nustatyta forma, pagal „Svarbesnių neepideminių susirgimų nuostatų" apskaitą (TSRS Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato 1938 m. lapkričio 22 d. įsakymas Nr. 1247). Tokie pranešimai turi būti duodami kas mėnuo, ne vėliau, kaip kito mėnesio 2-rą dieną.

P a s t a b a. Tokie patys pranešimai turi būti duodami, suradus odos grybelinius susirgimus (favus, trichophytia).

6. Gydytojas ar gydymo įstaiga, kurie gydo sergantį venerine liga užkrečiamoje stadijoje, turi pranešti ligonio vardą, pavardę ir adresą artimiausiai ligonio gyvenamosios vietos apylinkės ambulatorijai ar vendispanseriui, jei tas ligonis:

a) yra nutraukęs gydymą, jo nebaigęs;

b) nesilaiko jam duodamų gydymo nurodymų;

c) del savo profesijos, užsiėmimo ar darbo gali lengvai užkrėsti kitus.

## II. Užkrėtimo sąvoka.

7. Laiko atžvilgiu venerinė liga laikoma užkrečiama:

a) sifilis — visą laiką nuo užsikrėtimo, gydymo metu ir dar nuo dvejų iki penkerių (2—5) metų po to, kai gydytojas gydymą baigė;

b) gonorėja — visą laiką nuo užsikrėtimo, gydymo metu ir dar tris mėnesius po to, kai gydytojas gydymą baigė;

c) minkštasis šankeris — visą laiką nuo užsikrėtimo, gydymo metu ir dar vieną mėnesį po to, kai gydytojas gydymą baigė ir, be to, patikrino ligonio kraują, ar serga sifiliu.

Atskirais atvejais, kai reikalas liečia nelytinio gyvenimo klausimą, gydytojas gali ir anksčiau pripažinti, kad venerinė liga yra nepavojinga užkrėtimo atžvilgiu kitiems.

## III. Gydymas ir tyrimas.

8. Gydytojas, radęs pūlingą lytinių kūno dalių sekretą ar šlapimuose daug pūlių kūnelių, didžiųjų lytinių liaukų sutinimą ar panašiai, turi patikrinti, ar pacientas serga venerine liga.

9. Ligoniai venerikai gydomi neapmokamai venerinių ligų ambulatorinėse gydymo įstaigose ir apylinkių ambulatorijose.

Reikiamų lovų skaičių ligoninėse venerikams gydyti nustato Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras. Venerinių ligonių ar venerinių ligų ambulatorijų vedėjais gali būti tik specialistai - venerologai.

Venerinių ligoninių ir vendispanserių vedėjus tvirtina Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras.

10. Venerinių ligų ambulatorinio gydymo įstaigos ligonius stacionariniam gydymui gali siųsti:

a) kai venerikas turi ūminį gonorėjinį didesnių liaukų, gimtuvės, vidaus ar pilvo plėvės susirgimą; ūminį gonorėjinį sąnarių ar akių susirgimą; kai, ryšium su venerine liga, venerikui reikalinga operacinė pagalba;

24. Institutai, laboratorijos ar kitos panašios tyrimo įstaigos venerinei ligai susekti vykdo šiuos reikalavimus:

a) kai ištirti ateina pats ligonis, patikrina jo asmens tapatybę ir įrašo į tyrimų žurnalą tiriamojo vardą, pavardę, jo vidaus paso ar tolygaus dokumentų Nr. ir adresą.

b) jei ištyrus aptinkama venerinės ligos sukėlėjų ar gaunama teigiama serologinė reakcija, tai iš tiriamojo reikalaujama, kad jis kreiptųsi į gydytoją ar į gydymo įstaigą ir iš ten pristatytų pažymėjimą, kad gydosi; ligoniui per dvi savaites nepristačius nurodyto pažymėjimo, apie tai pranešama miesto ar apskrities vendispanseriui ar venpunktui.

Šitie reikalavimai netaikomi tiems tyrimams, kuriems tyrimo medžiagą yra pristatęs gydytojas ar gydymo įstaiga; tuo atveju tyrimų žurnale įrašoma medžiaga, pristačiusios gydymo įstaigos pavadinamas ar gydytojo pavardė.

c) Veda atskirą venerikų tyrimų žurnalą.

### VI. Registracija.

25. Kiekvienas praktikuojąs gydytojas ar venerinių ligų gydymo įstaiga turi vesti atskirą venerikų registraciją, kurioje nurodoma ligonio vardas, pavardė, smulkus adresas, diagnozė, atsilankymo datos, amžius, lytis ir kiti neepideminių susirgimų blanke esantiems klausimams atsakyti duomenys.

26. Venerikas ar įtariamas sergąs venerine liga asmuo privalo pasisakyti sveikatą tikrinančiam gydytojui savo vardą, pavardę ir tikslų adresą. Iš nepažįstamų asmenų gydytojas turi reikalauti paso ar kitokių jo asmens tapatybę įrodančių dokumentų.

Kai venerikas ar įtariamas sergąs venerine liga asmuo gydymosi ar tyrimo metu pakeičia savo gyvenamąją vietą, jis savo naują adresą per septynias dienas turi pranešti jį gydančiam ar tiriančiam gydytojui.

27. Venerikų žurnalai, kartotekos lapai, taip pat susirašinėjimai apie įtariamus sergant venerine liga asmenis saugomi dešimt metų ir laikomi užrakinti.

### VII. Vykdymo kontrolė.

28. Šitos instrukcijos vykdymą prižiūri Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato venerologijos skyrius, respublikinis vendispanseris ir vykdomųjų komitetų sveikatos apsaugos skyriai.

29. Asmenys, kurie gydymo įstaigų įspėti ir piktybiškai vengia atvykti patikrinti, ar serga venerine liga, taip pat kurie, sirgdami venerine liga, vengia gydytis ir tuo būdu sudaro pavojų kitiems asmenims užsikrėsti venerine liga, milicijos organų traukiami baudžiamojon atsakomybėn pagal Baudž. Kodekso 150 ir 192 str.

30. Šitą instrukciją paskelbus, kitos šituo reikalu iki šiol veikusios taisyklės nustoja galios.

*V. Girdžijauskas*
Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras.
1941. III. 22 d.
Nr. 9687.

*(A. Guzevičius)*
Vidaus Reikalų Liaudies Komisaras.
1941. III. 22 d.
Nr. 1/589.

*(Pakarklis)*
Teisingumo Liaudies Komisaras.
1941. III. 22 d.
Nr. 2899.

### III.

## SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARO ĮSAKYMAS 59 NR

Med. gydytojams internams paskirstyti į ligonines praktikai atlikti skelbiu šią instrukciją:

1 §. Med. gydytojus internus praktikai atlikti į ligonines skirsto Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato Kadrų skyrius.

2 §. Praktiką atlikti ligoninėse gali tik med. gydytojai, kurie jau turi gydytojo diplomus.

3 §. Med. kandidatai, kurie jau yra atlikę ligoninėse 6 mėn. praktiką, gali ją baigti gydytojų internų teisėmis.

4 §. Med. kandidatams, kurie nėra atlikę 6 mėn. praktikos ligoninėse, nuo šios instrukcijos paskelbimo dienos atliekama praktika neužskaitoma ir neapmokama.

P a s t a b a. Atliktas praktikos laikas ligi šios instrukcijos paskelbimo užskaitomas.

5 §. Ligoninių, poliklinikų ir ambulatorijų vedėjai privalo Komisariato Kadrų skyriui pranešinėti:

a) Kada gydytojas internas atvyko į paskyrimo vietą ir

b) 10 d. prieš gydytojo interno praktikos atlikimo baigimą.

6 §. Med. gydytojams internams atlyginimą moka iš tarnautojų algoms skirtų kreditų ta medic. įstaiga, kurioje atlieka praktiką.

7 §. Klinikose ir poliklinikose į laisvus med. gydytojų internų etatus, Komisariato Kadrų skyriui sutikus, galima laikinai priimti med. gydytojus pasitobulinti savo specialybėje.

8 §. Ši instrukcija veikia nuo š. m. sausio 15 d.

Vilnius, 1941 m. vasario 19 d.

*(V. Girdzijauskas).*
Liaudies Komisaras

## IV.

## SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARO ĮSAKYMAS 19 NR.

**Gydymo įstaigoms stokojant kvalifikuotų medic. seserų, skelbiu medicinos sesers teisėms įsigyti pašaliečių teisėmis (eksternu) egzaminų taisykles:**

1 §. Prie Vilniaus ir Kauno medicinos seserų mokyklų sudaromos egzaminų komisijos iš med. seserų mokyklos lektorių. Komisiją sudaro ir jai pirmininkauja med. seserų mokyklos vedėjas. Komisijoje dalyvauja ir Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato atstovas.

§ 2. Egzaminus gali laikyti, turinčios ne mažesnį kaip 4 klasių neref. gimnazijos mokslo cenzą ir ėjusios medic. sesers pareigas 4 metus visuose pagrindiniuose ligoninės skyriuose, bet ne mažiau kiekviename skyriuje, kaip 6 mėn., būtent: a) vidaus ligų, b) chirurgijos, c) moterų ir ginekologijos ir d) vaikų ligų.

P a s t a b a. Ypatingais atvejais Liaudies Komisaras turi teisę leisti laikyti egzaminus su mažesniu mokslo cenzu, jei vietos Vykdomojo komiteto sveikatos apsaugos skyrius rekomenduoja. Tačiau jos turi atlikti trūkstamą stažą pagrindiniuose ligoninės skyriuose po 6 mėn. ir laikyti egzaminus iš visų privalomų medic. seserų mokyklos nustatytų dalykų.

3 §. Turinčios medic. sesers diplomus, bet nebedirbusios šitoje srityje 3—10 metų, privalo atlikti 1 mėn. stažą ligoninėse ir išlaikyti egzaminus iš praktikos dalykų.

4 §. Turinčios medic. sesers diplomus, bet nebedirbusios šitoje srityje daugiau, kaip 10 metų, privalo atlikti 2 mėn. stažą ligoninėse ir laikyti egzaminus iš teorijos ir praktikos visų pagrindinių ligoninės skyrių dalykų.

5 §. Baigusios 1 metų medic. seserų — slaugytojų kursus turi laikyti egzaminus, kaip med. seserys, nedirbusios med. sesers darbo 3—10 metų.

§ 6. Baigusias medic. seserų 1/2 metų kursus laikyti sanitarėmis ir egzaminus jos turi laikyti sanitarinėms nustatyta tvarka.

7 §. Egzaminus gali laikyti ir neturinčios med. sesers diplomų, bet jei yra sėkmingai ėjusios visuose pagrindiniuose ligoninės skyriuose sanitarės — slaugytojos pareigas ne mažiau, kaip 10 metų ir turi ne mažesnį, kaip 4 neref. gimnazijos klasių mokslo cenzą.

P a s t a b a. Ypatingais atvejais Liaudies Komisaras turi teisę leisti laikyti egzaminus ir su mažesniu mokslo cenzu, jei vietos Vykdomojo komiteto Sveikatos apsaugos skyrius rekomenduoja.

8 §. Egzaminams laikyti reikalinga paduoti prašymas Medic. seserų mokyklos vedėjo vardu. Prie prašymo pridėti: a) gyvenimo aprašymą (curriculum vitae), b) sveikatos liudijimą, c) išeitojo mokslo pažymėjimą ir d) ligoninės vedėjo liudijimą, kad yra atlikusi reikalaujamą praktiką pagrindiniuose ligoninės skyriuose.

9 §. Egzaminus turi laikyti iš viso teoretinio kurso pagal Medic. seserų mokyklos programą.

10 §. Medic. sesers egzaminus gali laikyti tik TSRS pilietė ir ne vyresnė, kaip 40 metų amžiaus.

11 §. Egzaminų sesijos skiriamos du kartus metuose: sausio ir birželio mėn.

P a s t a b a I. Pirmoji egzaminų sesija įvyks š. m. kovo mėn. 17 d.

P a s t a b a II. Nepaprasta egzaminų sesija skiriama, jei susirenka 15 asmenų, norinčių laikyti egzaminus.

12 §. Neturinčios savo mokslo cenzo dokumentuose lietuvių kalbos pažymio privalo išlaikyti lietuvių kalbos 6 pradžios mokyklos skyrių kurso egzaminus prieš laikydamos medic. sesers teisėms įsigyti egzaminus.

13 §. Išlaikiusios patenkinamai egzaminus iš teorinių dalykų gauna medic. sesers pažymėjimą.

14 §. Pažymėjime pasirašo: 1) Egzaminų komisijos pirmininkas; 2) Komisijos nariai ir 3) Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato atstovas.

15 §. Norinčios laikyti egzaminus turi raštu duoti pasižadėjimą, kad jos sutiks dirbti Komisariato paskirtoje vietoje.

16 §. Šios taisyklės veikia nuo jų paskelbimo dienos.

*V. Girdzijauskas,*
Liaudies Komisaras

Vilnius, 1941 m. sausio 27 d.

V.

## KOVOKIME SU UŽKREČIAMOMIS LIGOMIS.

Kova su ūmiai užkrečiamomis arba vadinamosiomis infekcinėmis ligomis ir jų likvidacija mūsų socialistinėje respublikoje yra būtiniausias ir neatidėliotinas darbas.

Kovos rezultatai didele dalimi pareina nuo vietos medicinos personalo aktyvumo, tačiau medicinos personalui į pagalbą turi ateiti vietos vykdomieji komitetai, profsąjungos, komjaunimas, mokytojai ir visi susipratę piliečiai.

Reikia gerai įsidėmėti, kad kova su užkrečiamomis ligomis yra taip pat kova su apsileidimu, nešvarumais, su utėlėmis, girtavimu ir su kitomis, nuo nelemto buržuazinio kapitalizmo režimo užsilikusiomis, socialinėmis ydomis.

Socialistinių respublikų vyriausybė ir komunistų (bolševikų) partija kovai su jomis nesigaili nei lėšų, nei moderniausių priemonių.

Kas ir ką kovoje su užkrečiamomis ligomis turi daryti?

I. Vykdomieji komitetai:

a) Neatidėliojant imtis visų priemonių valyti miestus, miestelius ir kaimus nuo nešvarumų; tvarkyti išvietes ir griebtis griežtų priemonių prieš patvorių teršėjus.

b) Privalomais įsakymais tvarkyti šulinius, daboti parduotuvių ir parduodamų maisto prekių kokybę ir švarą. Ten, kur jau atsirado vidurių šiltinės susirgimų, drausti pardavinėti nepasterizuotą ar nevirintą pieną, raginti gyventojus gerti tik virintą vandenį.

c) Geriausia priemonė apsisaugoti nuo vidurių šiltinės yra s k i e p a i. Vykdomieji komitetai ten, kur jau atsirado vidurių šiltinės susirgimų, išleidžia privalomus profilaktiniams skiepijimams nutarimus.

II. Profsąjungos ir komjaunimas:

a) Vietos profsąjungos ir komjaunimas, glaudžiame kontakte su vykdomaisiais komitetais ir su sveikatos apsaugos skyriais, turi imtis sanitarinės propagandos.

b) Per paskaitas ir spaudoje ne tik skatinti savo narius žodžiu, bet ir darbais prisidėti prie sanitarinių uždavinių vykdymo.

c) Ten, kur pasirodė vidurių šiltinė bei kitos užkrečiamos ligos, organizuotai padėti medicinos personalui likviduoti ligų židinius.

III. Mokytojai:

a) Mokyklose mokytojai per higienos pamokas neatidėliodami supažindina mokinius su užkrečiamųjų ligų priežastimis ir nurodo būdus kovai su infekciniais pradais.

b) Stropiai daboja mokyklos higienos stovį ir tikrina mokinių butuose ir mokykloje individualinę higieną.

c) Mokytojai aktyviai dalyvauja darbo žmonių sveikatos švietime.

IV. Kiekvienas susipratęs pilietis turi padėti kovoje su užkrečiamomis ligomis:

a) Apie kiekvieną susirgimą ar mirties atsitikimą, įtariant užkrečiamą ligą, turi būti skubiai pranešta savo apylinkės ambulatorijos gydytojui, nes skubus ir laiku sveikatos apsaugos organų informavimas įgalina užkirsti kelią toliau užkrečiamosioms ligoms plėstis.

b) Visi sąmoningi darbo žmonės turi ne tik patys kovoje su užkrečiamomis ligomis laikytis būtinų nurodymų, bet skatinti ir kitus prisidėti.

c) Visi darbo žmonės visomis išgalėmis turi padėti medicinos pareigūnams tiksliai išpildyti jiems pavestą kovoje su užkrečiamomis ligomis darbą.

Apskričių ir miestų sveikatos apsaugos skyriaus uždedamos atsakingos ir sunkios pareigos praktiškai savo ribose kovoti su užkreč. ligomis. Sėkmingam darbui visi skyrių vedėjai neatidėliotinai turi apsirūpinti būtiniausiu kovai su epidemijomis personalu, būtent, gydytoju - epidemiologu ir dezinfektoriumi, kurie pagal tarybų vyriausybės nutarimus priklauso kiekvienai apskričiai. Kiekvienoje apskrityje turi būti reikalinga dezinfekcijos priemonių ir medžiagų atsarga.

Kiekvienas sveikatos skyriaus vedėjas, pasirodžius užkrečiamųjų ligų padažnėjimams, turi nieko nelaukdamas imtis visų griežčiausių priemonių infekcinėms ligoms likviduoti. Tačiau pastebėta, kad ne visi sveikatos apsaugos skyrių vedėjai tinkamai įvertina pranešimų svarbą ir naudą. Dar ir dabar pasitaiko, kad vienas kitas siunčia Priešepideminių įstaigų skyriui pavėluotas žinias. To negali būti ir su nepunktualumu bus griežtai kovojama.

Gyvenimas rodo, kad laiku perduota žinia apie infekcinių ligų atsiradimą ir plitimą garantuoja apskričiai ir miestui visokeriopą pagalbą iš centro. Tuoj pat bus išsiųsti: epidemiologas — tirti susirgimų priežasčiai, skiepytojų būrys, dezinfektorius, bus net komandiruojamas inžinierius — ekspertas ir t. t.

Tat rodo, kad į darbo žmonių susirgimus nebežiūrima pro pirštus, kad vyriausybė nusistačiusi realiai ir rimtai kovoti su užkrečiamomis ligomis.

Tad visi, kaip vienas, įkibkime į sunkų, bet garbingą darbą ir, pasinaudodami broliškų respublikų patyrimu bei nurodymais, kovokime su užkrečiamomis ligomis taip, kad išeitume nugalėtojai.

*Sveikatos Apsaugos Liaudies*
*KOMISARIATO*
*Priešepideminių Įstaigų Skyrius*

I. P. PAVLOV.

Prieš penkerius metus, 1936 metų vasario 26 dieną mirė garsusis fiziologas Ivan Petrovič Pavlov, 88 metų amžiaus. Jis buvo vienas žymiausių fiziologų — „pasaulio fiziologų tėvas", kaip jį praminė XV tarptautinis fiziologų kongresas 1935 m.

I. P. Pavlov buvo nepaprastai gabus, griežtas bandymuose ir jų rezultatų išvadose, drąsus, kai reikėdavo atsisakyti nuo senų pažiūrų. Visą gyvenimą praleido betirdamas virškinimo ir galvos smegenų didžiųjų pusrutulių fiziologiją.

Dar būdamas studentu, Pavlov susidomėjo virškinimo fiziologija. Šitam klausimui jis pavartojo chirurginę metodę — įstatydavo fistules. Taip jis galėjo bet kuriuo metu tirti bet kurią virškinamųjų takų dalį. Rezultatus aprašė veikale „Paskaitos apie svarbiausių virškinimo liaukų darbą". Už šitą veikalą 1904 metais gavo Nobelio premiją.

Betirdamas virškinimą, jis atkreipė dėmesį į seilių liaukas. Iki tol seilių išskyrimas buvo laikomas psichiniu reiškiniu, o Pavlov pradėjo jį aiškinti, kaip fiziologinį aktą — refleksą. 1903 m. Madride, tarptautiniame gydytojų kongrese, Pavlov darė pranešimą „Eksperimentinė psichologija ir gyvulių psichologija" ir tvirtino, kad gyvulių (šuns) psichologija galima ištirti iš jų seilių sekrecijos. Tat patvirtino vėliau savo darbais. Jis rado, kad šuniui seilės gali tekėti valgant — įgimta reakcija. Bet vėliau gyvulys, susidurdamas su aplinka, įgauna naujų reakcijų. Pirmąsias pavadino besąlyginėmis, antrąsias — sąlyginėmis.

Sąlyginius refleksus Pavlov tyrė 33 metus. Aukštiesiems nervų veiklos procesams suprasti jis pasinaudojo fiziologo I. M. Siečenov'o teorija: centrinės nervų sistemos pagrinde esą 2 procesai — sudirginamasis ir stabdomasis. Kiekvienas gimęs gyvis, pasak Pavlov'o, turįs nedaug sudirginamųjų reakcijų, bet jų užtenką seilių sekrecijai. Vėliau nauji pergyvenimai galį sukelti naujų reakcijų seilėtekiui ir tat esą — sąlyginiai, signaliniai dirgintojai. Jis, maitindamas šunis, sakysime, skambindavo. Šuo priprasdavo. Vėliau paskambindavo, bet maisto neduodavo — šuniui tekėdavo seilės. Žmonių tarpe tie sąlyginiai refleksai taip išsivystę, jog pakanka, pvz., prisimniti tam tikru laiku valgomąjį kambarį ir tuojau pradeda tekėti seilės. Tat yra del to, kad išoriniai sudirginimai susijungia visa eile kelių su kitomis smegenų dalimis, nesusijusiomis su valgomuoju kambariu. Susidaro sudėtingi nervų ryšiai, susipina smegenyse ir sudaro antrąją ir aukščiausiąją signalinę sistemą.

Bet smegenyse yra „stabdžiai", kurie nustelbia naujai susidariusius refleksus ir, tarytum, padeda juos į „sandėlį". Apnuodijus centrinę nervų sistemą narkotikais, aukštieji centrai aptemdomi, ir tada atbunda pirmiau įsigyti refleksai. Smegenyse esą „stabdžiai" išgelbsti gyvius nuo begalinių reagavimų, kurie susidarytų, jei visi sąlyginiai refleksai išliktų.

Šitas savo pažiūras Pavlov aprašė knygoje „Paskaitos apie galvos smegenų didžiųjų pusrutulių darbą" ir tuo būdu sukūrė galvos didžiųjų pusrutulių fiziologiją. Jis tvirtino, kad psichinis pasaulis galima ištirti fiziologiniais keliais.

Pavlov'o sukurtos naujos fiziologijos šakos praplečia Darvin'o dėsnį apie prisitaikymą.

Sukako 5 metai nuo genijaus mirties, bet jo darbai tęsiami TSRS Mokslų Akademijos Fiziologijos Instituto ir Aukštojo Nervų Veikimo Patologijos Instituto Pavlov'o (buv. Koltušų) kaime. Mokslininkai, dirbą

juose, pasiekia vis naujų laimėjimų bevykdydami Pavlov'o testamentą: „Stenkitės nepasilikti prie faktų paviršiaus. Stenkitės įsiskverbti į jų kilimo paslaptis. Ieškokite įstatymų, kurie juos valdo".

*A. Vileišis.*

# Kronika.

## NEKROLOGAI.

1. Prof. dr. **Curt Adam**, direktorius Kaiserin-Friedrich-Hauses, Berlyno gydytojams lavinti akademijos vedėjas, tarptautinės gydytojams lavinti akademijos generalinis sekretorius, mirė 1941 m. sausio mėn. 9 d.

2. Gyd. **Menkinaitė-Finkienė** nuvažiavusi pas užkrečiamąja liga sergantį Dzūkijos kaime pacientą, išgelbėjusi, bet pati užsikrėtusi ir kovo 8 d. mirė. Ji gimė 1903 m. III. 29. 1931 m. baigė medicinos mokslus ir dirbo Jezne, o nuo š. m. pradžios buvo sveikatos punkto Butrimonyse vedėja.

× **Montvilas Steponas**, gyd., gimęs 1866 m., medicinos mokslus baigė Dorpate 1896. Pastaruoju metu gyveno Pociūnėliuose, Kėdainių apskr.

## AUKŠTASIS MEDICINOS MOKSLAS.

× **Med. gydytojo diplomą yra gavę šie med. kandidatai.** Vytautas Čėsna, Klemensas Drozdas, Eugenijus Gutmanas, Stanislovas Jankevičius, Kazys Katilius, Leonas Markelis, Ignas Morkeliūnas, Stanislovas Pacevičius, Eduardas Petraitis, Kazys Povilaitis, Stanislova Račiūtė, Kasperas Stungys, Leonida Svilaitė, Juozas Šidagis, Eugenijus-Robertas Švedas, Antanas Trumpulis, Liudvika Žemaitytė ir Albinas Žvirblis.

× **Med. gydytojo diplomą yra gavę šie eksternai:** Izaokas Antokolskis, Martynas Blascak, Aleksandras Jurevičius, Dovydas Kalkšteinas, Igoras Klotzas, Angelina Kozakievič, Aleksandra Marijanska, Opalskis, Petras Ragovski, Tadas Staroscekas, Jokūbas Šeškinas ir Marija-Magdelena Tukanovič.

× **Dantų gydytojų diplomą yra gavę šie asmenys:** Marija-Karolina Civinskaitė, Janina Domaševičiūtė, Vanda Skrickytė, Barbora Tėvainytė, Olga Troickytė ir Regina-Valerija Valiukaitė.

× **Studentų medikų semestriniai ekzaminai ir užskaitos** įvedami Kauno Un-to Medicinos fakultete pagal TSR Sąjungoje veikiantį planą, iš tų dalykų, kurie buvo skaityti per semestrą. Egzaminų sesijos skiriamos š. m. birželio mėn. 1—30 d. ir rugsėjo mėn. 1—15 d.

× **Profesoriaus laipsnis** suteiktas šiems Kauno Un-to Medicinos fak-to docentams: Jonui Šopauskui, Benediktui Šauliui, Jonui Kairiūkščiui, Blažiejui Abraičiui ir Juozui Meškauskui.

× Kauno Un-to Medicinos fak-to vyresnieji dėstytojai gyd. Vytautas Avižonis (akių kl. kat.), gyd. Rom. Masalskis (anatomijos kat.) ir gyd. Pr. Vaičiūnas (nervų ir psichikos ligų kat.) paskirti atitinkamų katedrų vedėjais ir pakelti į ein. docento pareigas.

× **Nauji Kauno Un-to Medicinos fak-to katedrų vedėjai:** 1) Gyd. Jan. Lašienė-Mackevičaitė išrinkta bendrinės patologijos ir patologinės anatomijos katedros vedėja, 2) doc. Andrius Tumas išrinktas patologinės fiziologijos katedros vedėju.

× **Ekzaminai med. mokslų kandidato laipsniui įsigyti** leista laikyti šiems gydytojams: Vyt. Damijonaičiui, Broniui Minelgai, Venčeslavui-Vaclovui Tumasoniui ir Ksaverui Venciui.

× **Doktoranto gyd. Jono Elvikio disertacijai „Eksperimentinis leukopenijų gydymas vitaminais ir transfuzijomis"** recenzuoti išrinkta komisija iš šių profesorių: Vl. Lašo, Jono Kairiūkščio ir Bl. Abraičio.

× **Doktoranto Ben. Zacharino disertacijos „Morfio — skopolamino — kofeino intraveninių injekcijų veikimas į kraujospūdį, pulsą ir kvėpavimą"** gynimas paskirtas š. mt. balandžio mėn. 12 d.

× **Studentams medikams** III-iojo ir IV-ojo kurso, o šįmet ir V-ojo kurso bus dėstoma **fizkultūra.**

× Gyd. Art. J u r g u t i s išrinktas anatomijos katedros dėstytoju ir jam pavedama dėstyti t o p o g r a f i n ė s a n a t o m i j o s k u r s a s.

× Gyd. U ž u p i e n ė Aldona išrinkta Odontologijos klinikos vyr laborante.

× **Žmogaus griaučių (skeleto) kainos** nustatytos šios:

| | |
|---|---|
| Viso skeleto ................................ | 300—400 rb. |
| Osteologijos preparatų ..................... | 5— 50 rb. |
| Kaukuolės ................................. | 50—100 rb. |
| Korozioninių preparatų ...................... | 50— 75 rb. |
| Natūralių preparatų......................... | 25—100 rb. |
| Džiovintų preparatų ........................ | 50— 75 rb. |

## SUVAŽIAVIMAI, KONGRESAI, ĮVAIRENYBĖS.

### Kaimų medicinos darbuotojų pasitarimas.

TSRS sveikatos liaudies komisariate š. m. vasario 5 dieną prasidėjo kaimų medicinos darbuotojų pasitarimas. K o l e s n i k o v as, TSRS sveikatos komisaro pavaduotojas, pranešė, kad šiais metais plečiamas gydymo punktų tinklas, stiprinami kaimų gydymo punktai. 6.500 gydytojų būsią pasiųsta į kaimus. Gydomieji punktai gausią daugiau kaip 1000 klinikų — diagnostikų įrengimo komplektų. Visi kaimų rajoniniai centrai būsią aprūpinti gydytojais terapeutais, ligoninės, turinčios ne mažiau kaip 25 lovas, gausiančios gydytojų chirurgų. Kaimuose būsią įrengta naujų vaikų lopšelių su 16.800 lovų. Numatoma atidaryti 294 vaistinės, 2.186 vaistinių punktai, 5.500 felčerių - akušerių punktų.

× Kovo 10 d. Vilniuje baigėsi **LTSR Motinos ir Vaiko apsaugos inspektorių suvažiavimas**, kuris tęsėsi 2 dienas. Dalyvavo apie 50 Motinos ir Vaiko apsaugos inspektorių ir įvairių Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato žinybų atstovų. Suvažiavime buvo pranešta, kad Motinos ir Vaiko apsaugai paskirta apie 13.000.000 rublių, būsią gimdymo namų skaičius padidintas iki 60 su 300 lovų. Vaikų lopšelių tinklas turėsiąs 1.180 lovų, fabrikuose iki 1.000 ir valstybiniuose ūkiuose 300.

× **Pirmas LTSR sanitarijos inspektorių suvažiavimas** įvyko š. m. vasario 26—27 d. Vilniuje, Sveikatos Apsaugos būstinėse.

× **Kraujo transfūzija.** Vasario 11 d. Raudonojo Kryžiaus ligoninės būstinėse, Kaune, įvyko tarnybinis gydytojų susirinkimas. Dr. J. S t a s i ū n a s padarė pranešimą apie savo mokslinę kelionę į Maskvą kraujo perpylimo klausimu. Šitas klausimas buvo iškeltas jau 1930 m. Dabar jau įsteigta stotis, kuriai vadovauja dr. J. S t a s i ū n a s, jam padeda dr. P o t a š i n s k i s. Daug prisidėjo Raudonojo Kryžiaus Vyr. valdybos pirm. prof. dr. G a r m u s, einąs Raudonojo Kryžiaus ligoninės direktoriaus pareigas dr. K ę s g a i l a. Maskvos Kraujo Transfūzijų stotis pažadėjusi padėti Kauno stočiai instrumentais, literatūra, patarimais.

Centrinė Kraujo Transfūzijos stotis Tarybų Lietuvoje yra Kaune, Gedimino g. 7 nr. Jai reikalingi kraujo davėjai, vyrai ir moterys 20—40 metų amžiaus. Bus mokamos pašalpos 150—200 rublių. Kreiptis į stotį nuo 9 iki 13 val.

× **Stalino premijos už žymius darbus mokslo srityje paskirtos šiems medicinos darbuotojams:**

I. **Pirmojo laipsnio premijos po 100.000 rb.**

1. B o g o m o l e c'ui Aleksandrui Aleksandrovičiui, Ukrainos TSR Mokslo Akademijos pirmininkui, už mokslinį darbą: „Patologinės fi-

ziologijos vadovas", trijuose tomuose, apdirbtas jam vadovaujant ir paskelbtas 1935—1937 metais.

2. Burdenko Nikalojui Nilovičiui, SSSR Mokslo Akademijos tikrajam nariui, I-ojo Maskvos Medicinos Instituto profesoriui, už visiems žinomus mokslinius chirurgijos darbus centrinės ir periferinės nervų sistemos srityse.

3. Lurje Aleksandrui Judinovičiui, I-ojo Kijevo Medicinos Instituto profesoriui, už visiems žinomus mokslinius darbus neskausmingų gimdymų pritaikyme, įvestus gimdymo įstaigų praktikoje 1937, 1938 ir 1939 metais.

4. Pavlovski'ui Eugenijui Nikanorovičiui, SSSR Mokslų Akademijos tikrajam nariui, Smorodincev'ui Anatolijui Aleksandrovičiui, Visasąjunginio Eksperimentinės Medicinos Instituto profesoriui, Levkovič Elizavetai Nikolajevnai, Petriščeva'i Polinai Andriejevnai, Čumakov'ui Michailui Petrovičiui, to paties Instituto moksliniams bendradarbiams, Solovjov'ui V. D., Šabladze A. K. Eksperimentinės Medicinos Centrinio Instituto moksliniams bendradarbiams — už atradimą 1939 m. žmogaus limpamų ligų sukėlėjų, žinomų šiuo pavadinimu: „Pavasarinis - vasarinis ir rudeninis encefalitai", ir už suradimą sėkmingai taikomų metodžių jiems gydyti.

5. Filatov'ui Vladimirui Petrovičiui, Ukrainos TSR Mokslų Akademijos tikrajam nariui, Ukrainos Instituto Eksperimentinės oftalmologijos direktoriui už akies ragenos persodinimo metodės išradimą bei išdirbimą ir už darbus gydomo audinių persodinimo.

II. **Antrojo laipsnio premijos po 50.000 rb.**

1. Gurvičiui Aleksandrui Gavrilovičiui, Visasąjunginio Eksperimentinės Medicinos Instituto profesoriui, už mokslinius darbus: „Mitogenetinis išspinduliavimas", paskelbtas 1934 metais, „Nervinio sujaudinimo mitogenetinė analizė", paskelbtas 1935 m., „Vėžio narvelio biologijos mitogenetinė analizė", paskelbtas 1937 m.

2. Braunštein'ui Aleksandrui Evsiejevičiui, V. S. Instituto Eksperimentinės Medicinos profesoriui, ir Kricman Marijai Grigorjevnai, to paties Instituto mokslinei bendradarbei už mokslo darbą: „Amino rūgščių susidarymas ir irimas amino grupių intermolekuliariniu perkėlimu".

3. Lavrentjev'ui B. J., SSSR Mokso Akademijos nariui — korespondentui, V. S. Instituto Eksperimentinės Medicinos profesoriui, už mokslinį darbą: „Autonominės nervų sistemos morfologija", paskelbtą 1939 metais. („Pravda", 14. III. 1941. Nr. 72). *V. T.*

## K- VITAMINO GAMYBA.

Dabartiniu laiku K- vitaminas įvedamas praktikon Maskvos ir Leningrado stambių chirurginių klinikų. Nuo prisotinimo organizmo šituo vitaminu pareinąs kraujo sukrešėjimas. Esant sumažėjusiam kraujo sukrešėjimui, chirurgas negali daryti operacijos. Tokių ligonių padėtis paprastai labai sunki. Norint padidinti kraujo sukrešėjimą iki normalaus lygio, reikia įvesti į organizmą 30—40 miligramų šito vitamino.

Sojuzvitaminpromo centrinė mokslškai - technikinė laboratorija pagamino K- vitamino pirmą partiją 210 gramų. Per šiuos metus laboratorija pateiks klinikoms iki 12 kilogramų K- vitamino. („Pravda" 17. III. 1941. Nr. 75). *V. T.*

## MED. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

### × K. Un-to gydytojų 1941 metų pirmojo pusmečio posėdžių tvarkaraštis

Kauno Univ-o klinikų gydytojai kas antras penktadienis didžiojoje klinikų auditorijoje daro posėdžius, skirtus moksliškiems pranešimams ir ligoniams, patologiniams preparatams bei rentgenogramoms

demonstruoti. Kadangi kitų klinikų, poliklinikų bei ligoninių drg. gydytojai taip pat domisi tais posėdžiais, todėl, iš anksto informuodami visus, pranešame, kad 1941 metų pirmąjį pusmetį bus šie posėdžiai:

1. balandžio mėn. 11 d.
2. balandžio mėn. 25 d.
3. gegužės mėn. 9 d.
4. gegužės mėn. 23 d.
5. birželio mėn. 6 d.
6. birželio mėn. 20 d.

Posėdžiai prasideda lygiai 19 v. 15 min. Drg. gydytojai kviečiami tuose posėdžiuose dalyvauti. Norintieji būti įtraukti į posėdžių dienotvarkę prašomi ne vėliau kaip už dviejų dienų prieš posėdį pranešti apie tai susirinkimų sekretoriui gyd. V. Paprockui darbo valandomis per telefoną 2-31-01 ir po to prašyti 55 nr.

Kaunas, 1941 m. kovo mėn. 29 d.

× **Gydytojai siunčiami į kaimus.**

TSRS Liaudies Komisarų Taryba viename savo posėdžių pranešė, kad per 2 paskutinius metus į kaimus buvę išsiųsta 9.000 gydytojų. Dalis jų savavališkai apsigyvenę miestuose, o kaimų gydomųjų punktų dalis liko visai be gydytojų. Tat daugiausia atsitikę UTSR ir Gruzijos TSR respublikose. Toms respublikoms pasiūlyta paskirstyti gydytojus po kaimų gydomuosius punktus. Paskirstymas turįs būti baigtas iki š. m. kovo 1 d. Iki naujos gydytojų laidos iš stambesnių miestų siunčiama 39 gydytojai į Karelų-Suomių TSR, 15 į Tadžikijos TSR, 22 į Kazachijos TSR, 7 į Kirgizijos TSR.

× **Gydytojams draudžiama** TSRS Liaudies Komisarų Tarybos nutarimu persikelti į kitą vietą, negavus sąjunginės respublikos sveikatos apsaugos komisariato leidimo.

× **Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras išleido įsakymą 59 nr.** gydytojams internams paskirstyti po ligonines praktikai atlikti. Skirsto Sveik. Aps. Liaud. kom-to Kadrų skyrius, praktiką atlikti gali med. gyd., turį jau diplomus. Med. kandidatai, atlikę 6 mėn. praktiką, gali ją baigti gydytojų internų teisėmis su atlyginimu.

× **„Medikas" šefuoja Babtų jaunimui.**

Medicinos darbuotojų profsąjungos sporto klubo „Medikas" įgaliotiniai vasario 23 d., 23-jų Raudonosios Armijos sukaktuvių proga, susitarę su Babtų sekretoriumi, komjaunimo sekretoriumi, vykdomojo komiteto pirmininku ir vietos fizinės kultūros ir sporto pirmininku, sudarė pasižadėjimą — aktą, kuriuo „Medikas" šefuoja Babtų miesto ir jo apylinkės jaunimui. Šitas aktas visuomenės susirinkimo buvo vienu balsu priimtas.

## VISIEMS LTSR MEDICINOS DARBUOTOJŲ PROFESINĖS SĄJUNGOS APSKR. IR VIETOS KOMITETŲ PIRMININKAMS

### I.

Gegužės pirmoji yra tarptautinė darbo žmonių solidarumo ir kovos diena. Dar visai neseniai šitoji diena Lietuvos darbo žmonėms priminė kalėjimą, koncentracijos stovyklą ir kit. žlugusio režimo sugalvotus liaudžiai kankinimus. Šiemet mes pirmą kartą laisvai švęsime Gegužės pirmąją. **Apskr. ir vietos komitetai turi iš anksto sudaryti komisijas šitai didžiai šventei pasiruošti.** Gegužės pirmoji reikia **atžymėti soclenktynėmis, darbo drausmės bei našumo pakėlimu.** Politinio lavinimosi rateliuose nagrinėtini XVIII-os VKP(b) Konferencijos ir V-ojo LKP(b) suvažiavimo nutarimai ir paskatintina tuos nutarimus įgyvendinti. Ten, kur politinio lavinimosi ratelių nėra, jie įsteigtini. Pasižymiejusieji darbininkai premijuotini iškilminguose posėdžiuose, paruoštinos kultūrinio ir meninio pobūdžio programos, gausiai dalyvautina rengiamose demonstracijose su atitinkamais obalsiais ir susirinkimuose aiškintina gegužės pirmosios šventės reikšmė.

II.

Visi naujai išrinktieji apskrities ir vietos komitetai, nelaukdami jų patvirtinimo, privalo tuojau perimti visą senojo komiteto darbą, pasiskirstyti pareigomis ir artimiausiu laiku **pašalinti rink. susirinkimo konstatuotus trūkumus.** Prie kiekvieno apskr. komiteto turi būti įsteigti šie skyriai: 1) organizac. skyrius, 2) soc. draudimo skyrius, 3) uždarbio skyrius, 4) masinio kultūros darbo skyrius, 5) darbo apsaugos skyrius ir 6) butų ir buities skyrius. Skyriai sudaromi šitokiu būdu: kiekvienam skyriui pasiima vadovauti kuris nors apskr. komiteto narys, išskyrus organ. ir soc. draudimo skyrius, kuriems išimtinai vadovauja apskr. komiteto pirmininkas. Vadovaujantieji minėtiems skyriams **pasikviečia talkon geresnius profesinio aktyvo draugus ir vėliau juos pristato patvirtinti apskr. komitetui.** Vadovaująs uždarbio skyriui yra lygiagrečiai darbininkų ir tarnautojų atstovas į Vertinimo konfliktų komisiją, o vadovaująs darbo apsaugos skyriui — yra greta ir vyresnysis visuom. darbo inspektorius. Skyriai sudaromi iš 3—7 asmenų. Apskrities komiteto sekretorius yra kartu ir kasininkas, kuris atsako už profsąjungos ūkį ir statistinę atskaitomybę.

Vietos komitetai, apimantieji **ne mažiau kaip 40 dirbančių**, tokiu pačiu pagrindu sudaro ne skyrius, o komisijas. **Vietos komitetai, apimantieji mažiau kaip 40 dirb.**, sudaro tik soc. draudimo komisiją, o likusioms konkrečioms darbo sritims **išskiria iš profesinio aktyvo tarpo organizatorius**, part. darbo apsaugos organizatorius, uždarbio organizatorius. Pirmasis kartu yra ir vyresn. visuom. darbo inspektorius, o antrasis — atstovas į VKK.

III.

Protokolų numeracija po ataskaitinio susirinkimo visi apskr. ir vietos komitetai pradeda pirmuoju nr. Juo laikomas tas protokolas posėdžio, kuriame buvo pasiskirstyta pareigomis.

Ten, kur apskr. ir vietos komitetai jau yra išrinkti, **turi būti neatidėliojant parinkti profesinių grupių organai ir soc. draudimo įgaliotiniai.**

IV.

Tose darbovietėse, kur dirba ne mažiau kaip 200 dirbančiųjų, turi būti sudaroma Soc. Draudimo Taryba. Ji renkama nuo 5—35 žm. vieneriems metams. Soc. Draudimo Tarybos pirmininkas yra vietos komiteto pirmininkas. Soc. Draudimo Tarybos sąstatą tvirtina vietos komitetas. (Apie Soc. Draud. Tarybą smulkiau žiūr. Soc. Draud. Vadovas 23 psl. ir kt.).

**Nedarbingumo pašalpų skyrimo klausimai** svarstomi Soc. Draud. Tarybos posėdžiuose, o ten, kur jos nėra, vietos komiteto posėdžiuose. Posėdžių protokolai pašalpų skyrimo klausimais rašomi atskiruose sąsiuviniuose. **Protokole būtinai turi būti pažymėta:** Soc. Draud. Tarybos ar vietos komiteto pavadinimas, posėdžio data, nedarbingo draugo pavardė ir vardas, kada susirgo, sugrįžimo į darbą data, vientisinio stažo laikas, ar yra profesinės sąjungos narys, spartuolis, kiek dera mokėti ir už kiek dienų. Nedarbingumo lapelius pasirašo vietos komiteto pirmininkas — jis Soc. Draud. Tarybos pirmininkas arba soc. draudimo komisijos pirmininkas.

V.

Apskrit. ir vietos komitetai turi stropiai žiūrėti, kad įstaigų darbininkai ir tarnautojai būtų aprūpinti darbo knygutėmis. Šituo reikalu reikia susitarti su įstaigos administracija ir paraginti šitą reikalą sutvarkyti kiek galima greičiau.

VI.

Kartotinai primename, kad **nario mokestį renka išimtinai profes. grupių organai (profgruporgai)** savo profesinėse grupėse atitinkamais la-

pais. Siunčiami kvitarai lieka žinioje apskr. komitetų, kurie vieną kvitą išduoda atsiskaičiusiam vietkomui, arba palaidžios profesinės grupės (neturinčios vietinių komitetų) profesinės grupės organams, antrą siunčia C. V-bai, o trečią palieka sau. **Apskr. komitetai kas mėnuo privalo pristatyti C. V-bai praėjusio mėn. piniginę apyskaitą.**

VII.

Apskr. komitetai privalo tuojau pranešti C. V-bai: 1) kurioje įstaigoje yra vietinis komitetas, kiek jis apima dirbančių ir kiek profes. sąjungos narių, 2) kiek yra profesinių grupių, kur, profesinės grupės pavadinimas, kiek kiekvienoje profes. grupėje yra žmonių, jų tarpe kiek moterų; 3) kiek yra soc. draudimo įgaliotinių, jų tarpe kiek moterų; 4) kokie ir kur yra įsteigti apskrit. komiteto skyriai, vietinio komiteto komisijos ir organizatoriai, kur yra Soc. Draud. Taryba, iš kiek žmonių, jų tarpe kiek moterų. Kur Vertin. konflikto komisijos, iš kiek žmonių susideda, jų pavardės ir vardai. Be to, pristatyti naujai išrinktų vietinių komitetų narių, reviz. komisija ir apskr. komitetų įstaigų skyrių komisija, organizatorių pavardės, vardai, darbovietė ir pareigos.

Žinios pristatytinos iki š. m. balandžio mėn. 25 d.

**Už žinių suteikimą laiku atsako apskr. komitetų pirmininkai ir sekretoriai.**

1941. IV. 10 d.

## SVEIKATOS REIKALAIS.

### × Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato pranešimas.

Sulfidinas yra gera priemonė kovai su meningitis epidemica. Jį vartojant galima apsieiti net be specifinio serumo. Lietuvos TS Respublikoje sulfidino yra pakankamas kiekis. Jis sukrautas Vyriausiosios Farmacijos Valdybos bazėse visoje respublikoje. Visos gydymo įstaigos bei gydytojai, gydą sergančius epideminiu meningitu, gali gauti sulfidino pakankamai vietos vaistų bazėse su Mot. ir Vaik. Inspektoriaus leidimu:

1. Marijampolės m. ir apskr. gyd. O. Seliokienės,
2. Vilkaviškio m. ir apskr. gyd. B. Šapiro,
3. Šakių m. ir apskr. gyd. E. Tekorienės,
4. Lazdijų m. ir apskr. gyd. J. Golonskio,
5. Kauno m. gyd. L. Finkelšteino,
6. Ukmergės m. ir apskr. gyd. B. Kubilienės,
7. Raseinių m. ir apskr. gyd. E. Kerpauskienės,
8. Kėdainių m. ir apskr. A. Bartikaitės,
9. Vilniaus m. ir apskr. gyd. L. Melamedo,
10. Švenčionėlių m. ir apskr. gyd. S. Gurijanovaitės,
11. Trakų m. ir apskr. gyd. L. Sokolovienės,
12. Šiaulių m. gyd. M. Butkevičienės,
13. Telšių m. ir apskr. gyd. A. Goeldnerienės,
14. Kretingos m. ir apskr. gyd. A. Krikščiūnienės,
15. Mažeikių m. ir apskr. gyd. V. Leknien ės,
16. Tauragės m. ir apskr. gyd. V. Raslavičiaus,
17. Panevėžio m. gyd. J. Stancevičiūtės,
18. Biržų m. ir apskr. gyd. B. Viliūnienės,
19. Rokiškio m. ir apskr. gyd. V. Kišono,
20. Zarasų m. ir apskr. gyd. A. Nagliaus,
21. Utenos m. ir apskr. gyd. N. Aleksiejevienės,
22. Alytaus m. ir apskr. gyd. Bielkino,
23. Švenčionių m. ir apskr. gyd. Reifo,
24. Kauno apskr. gyd. A. Abraitienės,
25. Panevėžio apskr. gyd. J. Juraškienės,
26. Šiaulių apskr. gyd. V. Valiulytės.

× **Vykdomųjų komitetų sveikatos apsaugos skyrių vedėjų suvažiavimas** įvyko š. m. kovo 14 d. Vilniuje, Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato būstinėse. Buvo aiškinamasi 1941 m. sveikatos įstaigų statybos ir remonto klausimais. Tuo reikalu pranešimą padarė inž. Rabinavičius:

1941 m. naujai sveikatos punktų statybai skiriama apie 14.000.000 rublių, remontui apie 6.000.000 rb.

Pagal š. m. planą lovų skaičius būsiąs padidintas iki 2.200: apie 400 naujai statomose stacionarinio gydymo įstaigose, apie 800 išplėstose esamose gydyklose, apie 1.000 — kaimo ir miesto ligoninėms pritaikytose būstinėse.

Bus pastatytos šios gydyklos: Andrioniškyje tuberkuliozės sanatorija — 200 lovų; (baigta statyti) Likėnų gydyklos korpusas; Panevėžio poliklinika; Biržų ligoninė — 250 lovų; Kauno Un-to klinikų akių, ausų skyrius; Jurbarko ligoninė — 50 lovų; Kretingos — 65; Švėkšnos — 65; Motinos ir vaiko Globos muziejus Kaune; vaikų lopšelis — 60 lovų A. Šančiuose (Kaune); vaikų lopšelis — 60 lovų N. Vilnioje, dezinfekcijos stotis Kaune; dezinfekcijos punktai Panevėžyje ir Šiauliuose; 10 gimdymo namų (po 5 lovas) įvairiose LTSR vietose; Raudonojo Kryžiaus ligoninės Vilniuje chirurgijos korpusas (užbaigiamas) ir Šiaulių ligoninė apie 350 lovų.

× **Tuberkuliozės ligoninės įsteigtos** Pagražuvės dvare (Raseinių apskr.) su 60 lovų ir Verkių dvare prie Vilniaus kaulų džiovai gydyti su 50 lovų. Pagražuvės ligoninės vedėjas yra gyd. M. Bankovskis, o Verkių — gydytojas A. Drobniakas.

× **Numatoma įsteigti ligoninės tuberkuliozei gydyti** Kaune — 100 lovų, ir Trinapolyje (prie Vilniaus) — 100 lovų.

× **Obeliuose atidaryta ligoninė** su 30 lovų.

× **Pandėlio apylinkės ligoninė** buvo atidaryta vasario 7 d. Ji turi 30 lovų.

× **Kamajuose** vasario **10 d. atidaryta gimdymo namai.**

× 1940 m. gruodžio 15 d. Šėtos valsč., Mitėniškių buv. dvare įsteigti **gimdymo namai.** Juos aptarnauja gydytoja Klapatauskienė ir viena akušerė.

× **LTSR perleistose srityse** veikė 30 gydymo ir profilaktikos įstaigų. Jos visos įtrauktos į mūsų Sveikatos apsaugos liaudies komisariato aparatą ir planą.

× **Sanitarinė aviacija Lietuvoje.**

Kad suteikti greitą medicinos pagalbą staigių ir sunkių susirgimų atvejais, Lietuvoje bus įvesta sanitarinė aviacija. Ji bus įvesta visasąjunginės sąmatos lėšomis. Jos bazė būsianti Kaune, sanitarinis lėktuvas galėsiąs nutūpti bet kurioje vietoje. Numatoma 800 sanitarinės aviacijos skridimo valandų.

× **Leningrado Raudonosios Armijos ligoninei sukako 100 metų** š m. vasario 25 d. Joje dirbo garsieji chirurgai - neuropatologai: Bechterev, Opel, Sklifasovskij.

× **Taline yra atidaryta vaikų ligoninė su 50 vietų.** Tartu mieste statoma 100 lovų vaikų ligoninė, o Tachevos ir Kozės apylinkėse pradėjo veikti vaikų sanatorijos.

× **Estijoje baigiamos įrengti ligoninės** Kuresare — 105, Taline — 150, Kochtloje — 42 lovų. Taline numatyta statyti poliklinika, kuri kainuosianti 4.000.000 rublių.

× **Kilnojamą gydyklą** sukonstruavo Tomsko fizinėmis metodėmis gydymo institutas. Gydyklos lagamino svoris 25 kg. Į jį įmontuota aparatūra diatermijai, soliuksas, kalnų saulė.

× **Steigiamos epidemiologinės stotys Pabaltyjyje.** Jų turės būti Latvijoje 24, Lietuvoje 22, Estijoje 13.

× **Lovų skaičius** 1941 metais numatoma padidinti ligoninėse: Lietuvoje iki 8.987, Latvijoje — 10.646, Estijoje — 5.572.

× **Gripo epidemija** Olandijoje nepaprastai paplito. Hagoje serga 25% visų gyventojų.

× **Prahoje vasario mėnesyje siautė gripo epidemija.** Ligoninės buvusios perpildytos. Naujai buvę priimami tik sunkiai sergą.

× **Visame pasaulyje esama 4.000.000 raupsuotųjų** (sergančių lepra). **1933—1934 metų duomenimis SSSR teritorijoje buvę 4.028 raupsuoti;** dabar esama dar 1.012 naujų raupsuotų. 3.423 visų sergančių esą izoliuoti leprozoriumuose. Daugiausia raupsais serga paliai Kaspijos jūrą, pietų respublikose. Su lepra kovoja Tropinis institutas Maskvoje ir Transkaukazijos leprozoriumas. Centrinėse respublikose raupsuotų esą maža. Įtarti sergą izoliuojami, vežami atskiru autobusu ar vagonu į institutą ištirti.

## DRAUGIJOS KOVAI SU TUBERKULIOZE KOVAI SU DŽIOVA PREMIJUOTI APTARIMAI.

1940 m. gegužės mėn. 4 d. Draugijos Kovai su Tuberkulioze Centro Valdybos nutarimu buvo skirta 100 litų tam, kas iki 1940 m. gegužės mėn. 25 d. atsiųs Centro Valdybai 10 geriausių, skambiai sueiliuotų kovai su džiova patarimų. Jei vieno tokio kūrėjo neatsiras, tada iš visos gautos tos rūšies medžiagos bus išrinkta 10 geriausių patarimų ir už kiekvieną sumokėta po 10 litų.

Gauta buvo 474 siuntiniai savo laiku ir 1 pavėluotas su 544 patarimais. Buvo premijuota dešimts patarimų:

1. Langas į saulę — džiovai per makaulę. (Autorius Aleksas Muižė, Šiauliai, Vilniaus 180).
2. Juk džiova tą nepjauna, kas dažnai rankas plauna. (Autorius J. Gražėvičius, Palanga, Piktuižio 2).
3. Nešvari palovė — džiovai tvirtovė. (Autorius A. Svajūnas, Kaunas).
4. Dulkės, musės, vabalai — tai džiovos tikri draugai. (Autorius Stasė Semėnienė, Šančiai, Juozapavičiaus pr. Kar. fl. 64).
5. Kas gers ir rūkys, tas džiovos neatlaikys. (Autorius Liepabūdinskis, Kaunas).
6. Nespiauk kur pakliūva, del to ne vienas žūva. (Autorius M. Kazlauskaitė, Kaunas, Malėtų 12, bt. 5).
7. Dėvėk baltinius švarius, išnaikinsi džiovos perus. (Autorius V. Mikaila, Šančiai, Kranto al. 85).
8. Mūs vaikai švarūs, džiovai atsparūs. (Autorius Mikaila, Šančiai, Kranto alėja 85).
9. Džiovai vaistas — tyras oras, geras maistas. (Autorius Napoleonas Dailidėnas, Jurbarko Plaučių Ligų Ligoninė).
10. Jei kovosim su džiova, bus laiminga Lietuva. (Autorius Viktoras Mikaila, Šančiai, Kranto alėja 85). *DKT Centro Valdyba.*

## Mediciniškosios mintys.

× Laimingas tas, kuriam netenka bendrauti su kvailiais.
*Budda.*

× Mirties baimė priešinga gamtai. Mirties baimė yra neramios sąžinės ženklas. *L. Tolstojus.*

× Mažiausia bijosi mirties žmonės, kurių gyvenimas turi didžiausią vertę. *Kantas.*

× Kas mirties baidosi, tas negyvena. *Zejme.*

× Profesorius (iš paskaitos): „Tiesą sakant, turėjau tamstoms šiandien skaityti apie smagenis, bet šiandien aš turiu ką kita galvoje..."

× Girtuoklis: „Gydytojas man uždraudė žiūrėti į svaiginamus gėralus, ir todėl gerdamas aš užsimerkiu."

× Moters logika: „Už gydytojo aš nemanau tekėti, nes kai man bus reikalo apalpti ir apalpsiu, tai iš vyro gydytojo, užuot naujos suknelės ar skrybėlės, tegausiu kamfaro po oda."

„МЕДИЦИНА ЛССР“. (На литовском языке)

**Leidžia:** Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariatas, Kauno Univ-to Medicinos fakultetas ir Medsandarb profesinė sąjunga.

**Redaktorius: MED. D-RAS JONAS STAUGAITIS.**

Tiražas 2000 egz. Popierius spaudos satinotas s/m 64×96 cm 95 gr m². 10 spaudos lankų. Lanke 52.000 sp. ženklų korpuso, 80.640 sp. ženklų petito. Spausdinta: Valstybinėje Varpo spaustuvėje, Kaune Gedimino g-vė 38 nr. Užs. Nr. 450. MD 2143.